



UPPSALA STUDIES IN EDUCATION 26

Silva Sköld

FAL Fortbildning i Administration för Läkare

Studie av ett personalutvecklingsprojekt

ACTA UNIVERSITATIS UPSALIENSIS

Uppsala Studies in Education

26



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551502_0005

FAL

Fortbildning i Administration för Läkare

Studie av ett personalutvecklingsprojekt

Silva Sköld



Uppsala 1987

Distributor:
Almqvist & Wiksell International
Stockholm

Abstract

Sköld, S., 1987: FAL — Fortbildning i Administration för Läkare. Studie av ett personalutvecklingsprojekt. (The FAL project. A study on Continued Administrative Training for Physicians.) Acta Univ. Ups. *Uppsala Studies in Education* 26. 228 pp. Uppsala. ISBN 91-554-1979-8.

After the second world war a great expansion of the health care in Sweden took place. As a result of several government bills during the 1950s & —60s the county councils became responsible for nearly all the health care and the organization within the health care system became extensive and complicated. As a result of this development new administrative tasks and demands were laid upon the doctor/doctor-in-charge. To meet with the need for further administrative education for physicians, the FAL project was developed in 1975 by the Federation of County Councils, the National Board of Health and Welfare, the Swedish Planning and Rationalization Institute and the Swedish Medical Association in collaboration.

This thesis is a study of FAL, an interesting project of further administrative training for physicians in the Swedish Health System. The central question is why physicians need administrative education and what are the effects in the actual worksituation that can be related to the education.

The study has a holistic approach and comprises the following:

- a short historic background to throw light on the context and the changes that affected the managerial role of the physician,
- the history of the FAL-project; the philosophy and concepts behind the education; the goal, the structure and function of the courses,
- a case study of a FAL-course with 25 physicians and
- an evaluation of this course from attitudes after completing the course, and a follow up study one year after the course. There were noticeable effects in the worksituation that could be related to the FAL-course.

Silva Sköld, Department of Education, Box 2109, S-750 02 Uppsala, Sweden.

ISBN 91-554-1979-8

ISSN 0347-1314

© Silva Sköld 1987

Printed in Sweden

Textgruppen i Uppsala AB, Uppsala 1987

Innehållsförteckning.

Förord	9
Del 1. Introduktion	11
Kap 1. Bakgrund och syfte med studien samt uppläggning av avhandlingen	11
Kap 2. Metod	14
2.1. Problembeskrivning	14
2.2. Val av strategi och metod för undersökningen	15
Del 2. FAL-projektet. Bakgrund, utveckling och inriktning	23
Kap 3. Miljöbakgrund. Sjukvårdens utveckling	25
3.1. Hälsa och sjukdom	25
3.2. Sjukvårdens utveckling. Kort historik	25
3.3. Planering och styrning	30
3.4. Huvudmannaskap, ansvar och struktur på 80-talet	31
3.5. Debatt kring sjukvården	33
Kap 4. FAL-projektets förhistoria och tillkomst	38
4.1. Läkarna, ledningen och de administrativa frågorna	38
4.2. Läkarnas behov av utbildning i administration	41
Kap 5. FAL-projektet. Organisation och utbildningsplanering	54
5.1. FAL-projektets organisation och arbetsformer	55
5.2. Analys av utbildningsbehov och utbildningsplanering	57
5.3. Målsättning för FAL	61
5.4. Kursinnehåll, läromedel, struktur och funktion	64
Kap 6. FAL. Kursverksamhet och tidigare utvärdering	69
6.1. Regionala kurser	69
6.2. Utvärdering av FAL	72
6.3. Fortsatt utveckling	75
Del 3. Teoretiska perspektiv	77
Kap 7. Utveckling av ett utbildningsplaneringsperspektiv	79
7.1. Skilda inriktningar	79
7.2. Utbildningens mål och funktion	83

Kap 8. Utveckling av ett organisationsteoretiskt perspektiv	87
8.1. Några organisationsteoretiska överväganden	87
8.2. Ledarskap, forskningsläge	90
Kap 9. Några karaktäristika hos sjukvårdsorganisationen och läkarens chefsroll	94
9.1. Några särdrag hos sjukvårdsorganisationen	94
9.2. Ledarskap inom sjukvården	102
9.3. Sammanfattning och konsekvenser för undersökningen	104
Del 4. En fallstudie	109
Kap 10. Introduktion till fallstudien	111
10.1. Utvärdering — några teoretiska utgångspunkter	111
10.2. Några teoretiska och metodiska erfarenheter från andra utvärderingsstudier avseende chefs-, arbetsledar- och arbetsmiljö- utbildning	116
10.3. Sammanfattning och slutsatser för denna studie	121
Kap 11. Beskrivning av FAL-kursen	124
11.1. Studiemiljö och ramar för FAL-kursen	124
11.2. Kursdeltagare	125
11.3. Innehåll, pedagogiska metoder och studiematerial	126
Kap 12. Utvärdering av FAL-kursen	129
12.1. Attitydundersökningen	129
12.2. Undersökning av effekter ett år efter FAL-kursen	131
Del 5. Resultat och förslag till vidare forskning	135
Kap 13. Resultat av fallstudien	136
13.1. Kursdeltagarnas, kursledningens och övriga medverkandes mål för FAL-kursen	136
13.2. Deltagarnas kursvärdering	138
13.3. Deltagarnas attityder till FAL-kursen	139
13.3.1. ATU-skalan	139
13.3.2. Enkäten	142
13.4. Resultat/effekter ett år efter FAL-kursen	147
13.4.1. Kursdeltagarnas utsagor	148
13.4.2. Underställd personals utsagor	157
13.4.3. Överställd personals utsagor	158
13.4.4. Jämförelse mellan kursdeltagarnas och övriga intervju- personers utsagor	159
13.4.5. Ett år efteråt. Sammanfattning	161

13.4.6. Sjukhusdirektörers m.fl. erfarenheter allmänt av FAL	162
Kap 14. Sammanfattande diskussion och förslag till vidare forskning .	164
14.1. Hur har det kunskapsbehov uppstått och formulerats som avses täckas med FAL-utbildningen?	164
14.2. Hur har FAL-projektet växt fram och utvecklats?	168
14.3. Vilken struktur och funktion har FAL-utbildningen?	172
14.4. Vilka resultat/effekter ger utbildningen?	173
14.5. Hur kan man förklara strukturen, funktionen och utfallet i relation till intentionerna?	180
14.6. Slutsatser utifrån olika perspektiv	182
14.7. Förslag till vidare forskning	184
Kap 15. Summary in English	186
Litteraturförteckning	195
Bilagor	204
1. Enkät till kursansvariga	
2. ATU-skala — Attityd Till Utbildning	
3. Enkät till FAL-deltagare	
4. Intervjuguide	
5. Följebrev till ATU-skala och enkät	
6. Brev till kursdeltagare ett år efter kursen	
7. PM om läkarutbildningen	
8. Instrument för kartläggning av arbetskrav och utbildningsbehov	
9. Instrument för problemanalys	
10. Blankett för FAL försökskurs	
11. Exempel på organisation inom hälso- och sjukvården	
12. FAL-kursens schema	
13. Förteckning över studiematerial i FAL-kursen	
14. Förteckning över FAL-kursens referenslitteratur	
15. Signifikansprövning enligt Fisher Exact Probability Test	
16. PM angående broschyrer över FAL m.fl. kurser	

Förord.

Denna avhandling redovisar en studie av ett personalutvecklingsprojekt inom svensk sjukvård, FAL-projektet. FAL står för Fortbildning i Administration för Läkare. Undersökningen tillkom på eget initiativ med målsättning att insamla, bearbeta och redovisa material om personalutbildning för framläggande av en doktorsavhandling. Valet att koncentrera framställningen till ett bestämt projekt beror på behovet av att avgränsa det studerade området och min önskan att anknyta teori till verklighet genom en empirisk undersökning. Studien ingår inte i annat projekt, men har genomförts i nära anslutning till vid institutionen pågående forskning kring pedagogik i arbetslivet, vars vetenskaplige ledare är professor Eric Wallin.

Valet av ämne för avhandlingen sammanhänger med att jag sedan 1965 arbetat som personaladministratör inom landsting och kommun, varav sju år vid sjukhus. I tjänsten har jag varit engagerad i och ansvarig för viss personalutbildning och andra personalutvecklingsåtgärder. Frågorna kring personalutbildning har varit många. Vad? Hur? Varför? Vilka effekter ger utbildningen?

Många är de som har bistått mig i detta arbete. Främst vill jag varmt tacka mina handledare Lars-Gunnar Holmström och Magnus Söderström, som gett råd, stöd och inspiration samt konstruktivt kritiserat mitt arbete. Professorerna Gösta Berglund, Urban Dahllöf och Eric Wallin har i olika skeden gett synpunkter och vetenskapliga aspekter som varit värdefulla för fokusering av problemställningar och avhandlingens struktur. Utan Bengt Ramunds ovärderliga hjälp hade jag gått vilse i statistikens labyrinter. Christina Gustafsson vidgade mitt perspektiv på utvärdering. Inger Dahlgren och Birgitta Thunholm bidrog till synen på sjukvårdens organisation ur skilda organisationsteoretiska perspektiv.

Att min undersökning om FAL:s bakgrund och historia kunnat genomföras med den insyn som skett är många personers förtjänst. Särskilt betydelsefulla för resultatet har Peter L. Staaf och Lars Hintze varit. Ansvariga kursledare och aktörer i FAL-projektet har bidragit på olika sätt. Tack till dem alla samt till de 25 FAL-deltagare som helhjärtat ställde upp för utvärderingen i min fallstudie. Vänner Blenda Askeröth har i konstruktiva diskussioner gett bl.a. sjukvårdspolitiska aspekter och på många sätt uppmuntrat mig i forskningsarbetet. Min dotter Cathrin med maken Robert Martin tackar jag för hjälp med engelsk

översättning och ritning av figurer samt för deras pep talk. Varmt tack till alla hjälpare, även här icke namngivna!

För utskrift av manus liksom för avhandlingens innehåll är jag ensam ansvarig.

Uppsala 1986-12-03.

Silva Sköld

Del 1. Introduktion.

Kapitel 1. Bakgrund och syfte med studien samt uppläggning av avhandlingen.

Personalutbildning förekommer numera i allt större omfattning inom företag och förvaltningar i vårt land. Offentliga utredningar har redovisat dess förekomst och hur det fungerar (SOU 1976:61, 1977:92, 1983:22). Däri och i andra sammanhang, bl.a. av Myrberg et al (1974), Söderström, (1981b) och TCO (1983), har påpekats att den pedagogiska forskningen hittills inte ägnat stor uppmärksamhet åt området. Ämnet för min avhandling är ett personalutvecklingsprojekt: FAL — Fortbildning i Administration för Läkare. Med denna studie vill jag bidra till ökad kunskap om personalutbildning genom att belysa hur sådan utbildning kan initieras till följd av att nya kunskapsbehov uppstår vid förändringar i organisationer.

Studien är inte heltäckande för området. Den ska ses som ett projekt med syfte att beskriva och belysa personalutbildning på chefsnivå med tillämpning på FAL-projektet. Inom ramen för detta ingår en fallstudie, innefattande en intensivstudie av en FAL-kurs och utvärdering av denna. Därvid har prövats en utvärderingsmodell med attitydundersökning efter kursens slut och en uppföljande intervjuundersökning ett år efteråt.

FAL — Fortbildning i Administration för Läkare — har karaktären av ett projekt för ledningsutveckling. Målgruppen är läkare i ledande ställning. Projektet startades 1975 av Landstingsförbundet i samarbete med Sveriges Läkareförbund, Socialstyrelsen och Spri¹. Efter ett par centrala försökskurser i Landstingsförbundets regi genomförs utbildningen regionalt genom samarbete mellan närliggande landsting i s.k. FAL-regioner. Prioriterade ämnen i kursen är ekonomi, planering, organisation, personalutveckling och medicinsk effektivisering.

Mitt intresse för en studie av FAL-projektet väcktes efter förslag från vänner inom landstingsförbundets fortbildningssektion. Utbildningen hade pågått några år och de ville veta mer om effekter på arbetsplatserna och hur kursdeltagarna själva upplevde värdet av FAL-kursen. För att studera detta krävdes kunskaper om objektet för forskningen: a) varför och hur FAL-utbildningen tillkommit samt b) utbildningens mål och villkor. Särskilt intressant blev frågan om hur behovet av denna utbildning uppstått och de processer som lett till val

av undervisningens innehåll och struktur samt dess funktion. Frågan om utbildningens resultat fokuserades mot eventuella effekter i arbetssituationen, som kunde relateras till den genomgångna utbildningen.

Forskningen kring FAL:s historia kan ge fragment av kunskap om hur personalutbildning uppstår till följd av kunskapsbehov inom organisationer.

Det har framförts, bl.a. av TCO (1985), att personalutbildning i vissa fall kan fungera som en spjutspets för utbildning inom det reguljära utbildningsväsendet. Utifrån detta perspektiv och de förslag som framlades 1982 (UHÄ 1982) om förnyad grundutbildning för läkare med administrativa inslag i utbildningen blir FAL intressant.

Syftet med studien är mot denna bakgrund i stort att

1) beskriva och förklara hur FAL-utbildningen kommit till och utvecklats samt vilken struktur och funktion den har, samt

2) genom utvärdering i en fallstudie undersöka resultat, attityder till och effekter av utbildningen.

Avhandlingens uppläggning.

Avhandlingen har strukturerats till 5 delar:

1. Introduktion.
2. FAL-projektet — bakgrund, utveckling och inriktning.
3. Teoretiska perspektiv.
4. En fallstudie.
5. Resultat.

Del 1. Introduktion:

I detta första kapitel ger jag en bakgrund till studien, syftet med den samt en redovisning av avhandlingens uppläggning. De problemställningar som varit vägledande för forskningen diskuteras i kapitel 2, där jag också redovisar forskningsstrategi och metodval för undersökningen.

Del 2. FAL-projektet — bakgrund, utveckling och inriktning:

I den andra delen av avhandlingen berättar jag FAL-projektets historia.

Läsaren förs i kapitel 3 in i en miljöbakgrund; sjukvårdens utveckling under senare tid, vilken presenteras i en kort historik. En kort översikt beskriver hälso- och sjukvårdens struktur i stort under 1980-talet. Glimtar från sjukvårdsdebatten under den för FAL-projektets tillkomst aktuella tiden ingår.

Kapitel 4 ägnas åt FAL-projektets förhistoria. Det ska ge en översikt över hur problemen uppfattades av olika intressenter, de attityder och föreställningar, som ledde fram till krav på administrativ utbildning för läkarna. I kapitel 5 fortsätter historien om FAL med en redogörelse för projektets organisation, dess arbetsformer samt hur behovsanalysen och utbildningsplaneringen genomfördes.

Hur FAL-utbildning genomförs ute i landet och de riktlinjer som finns för denna verksamhet redovisas i kapitel 6. Där beskrivs också några tidigare försök till utvärdering av FAL-utbildningen.

Del 3. Teoretiska perspektiv:

I den tredje delen av avhandlingen utvecklas några teoretiska perspektiv, vilka legat till grund för val av modell för undersökningen, samt tolkning av resultaten från forskningen.

Ett utbildningsplaneringsperspektiv diskuteras i kapitel 7.

I kapitel 8 redovisas ett organisationsteoretiskt perspektiv, vilket här har getts en vid, närmast tvärvetenskaplig tolkning. I kapitel 9 utvecklar jag detta vidare utifrån tre olika organisationsteoretiska forskningsinriktningar med fokusering på sjukvårdsorganisationen och ledarskap inom denna samt effektivitetsbegreppet inom sjukvården. Bl.a. diskuteras i detta kapitel en domänteori med tillämpning på sjukvårdsorganisationen.

Del 4. En fallstudie:

Kapitel 10 ger en introduktion till redovisningen av intensivstudien av en FAL-kurs. Där diskuteras jag några teoretiska utgångspunkter för utvärdering av undervisning. Några utvärderingsstudier avseende chefs-, arbetsledar- och arbetsmiljöutbildning, vilka varit intressanta för uppläggningsdelen av min studie, refereras. Diskussionen mynnar ut i en sammanfattning för teoriansknytning av studien och för utvärdering av den studerade FAL-kursen.

I kapitel 11 beskrivs FAL-kursen: analys av kursdeltagare, kursens innehåll, struktur och pedagogiska metoder. Uppläggning och metodval för en attitydundersökning efter kursens slut samt för den uppföljande undersökningen ett år efteråt beskrivs i kapitel 12.

Del 5. Resultat:

I avhandlingens femte del redovisas och diskuteras resultaten av min undersökning.

I kapitel 13 redovisas resultaten av fallstudien, dels avseende kursdeltagarnas, ledningens och övriga medverkandes mål för FAL-kursen samt deltagarnas kursvärdering, dels resultaten av attitydundersökningen, som genomfördes strax efter kursens slut, och slutligen utfallet av den uppföljande undersökningen angående effekter ett år efteråt.

I kapitel 14 för jag en diskussion kring resultaten och de slutsatser som dessa lett till. Där framläggs också några förslag till vidare forskning.

Avhandlingen avslutas i kapitel 15 med en sammanfattning på engelska.

Noter förs in direkt efter varje kapitel.

Noter:

1. Spri står för Sjukvårdens och Socialvårdens Planerings- och Rationaliseringsinstitut.

Kapitel 2. Metod.

I det här kapitlet preciseras problemställningarna för studien kring FAL-projektet samt val av strategi för forskningen och de metoder som jag använt för undersökningen.

2.1. Problembeskrivning.

Intresset för att studera FAL som ämne för min avhandling väcktes främst av ett antal frågor som har att göra med projektets tillkomst och utveckling samt utbildningens funktion.

Målgruppen för FAL-utbildningen är läkare. Dessa tillhör en professionell yrkesgrupp med gedigen utbildning för att arbeta som läkare. I det medicinska arbetet är läkaren redan från början chef och ledare. Så har det alltid varit. Sjukvårdens omfattning har växt och det finns numera en väl utvecklad administration med ekonomer och andra administratörer anställda inom hälso- och sjukvården. Varför behöver då läkare utbildning i administration? Är inte den administrativa servicen tillräcklig?

Det är rimligt anta att förändringar uppstått, som medfört ett kunskapsbehov hos läkarkåren, vilket avses täckas genom kurser i administration för läkare. Vilka är de förändringar som medfört att dessa behov uppkommit? Hur och av vem/vilka initierades utbildningen?

Bakom tillkomsten av en utbildning finns vanligen någon filosofi eller ideologi, vilka ligger till grund för målsättning och val av utbildningsform. Vilka föreställningar och värderingar har utgjort grundval för fastställande av mål för FAL samt val av innehåll och metoder för utbildningen? Dessa val torde grunda sig på den funktion utbildningen skulle fylla. Svaret på frågan om FAL-utbildningens struktur och funktion skulle kunna bidra till ökad kunskap om organisatoriska förutsättningar för personalutbildning allmänt och för chefsutveckling inom sjukvården.

Målen för en utbildning kan variera mellan skilda intressenter. Vilka mål har man för FAL-utbildningen? Finns flera mål och/eller skilda mål hos olika intressentgrupper?

Det är rimligt förutsätta att en personalutbildning har direkt koppling till kursdeltagarnas funktion i organisationen. En arbetsrelaterad utbildning bör

då kunna förväntas ge resultat som leder till effekter som medför förändringar i arbetssituationen på ett eller annat sätt. Då utfallet av utbildning kan bli beroende av bl.a. ramar för undervisningen, kursinnehåll, pedagogiska metoder, blir FAL-utbildningens innehåll och med undervisningen sammanhängande faktorer av intresse. Hur knyter FAL-utbildningen an till arbetsuppgifterna? Är det möjligt att iaktta effekter på arbetsplatsen, vilka kan relateras till den genomgånga FALkursen? Kort sagt: Vilka resultat ger denna utbildning? Vad tycker läkarna själva och vad säger omgivningen?

Problemställningarna har jag sammanfattat i följande fråga:

Hur uppstod och formulerades det kunskapsbehov som ledde till FAL-projektet och vad blev resultatet?

Problemets komplexitet gör att jag har preciserat det till nedanstående fem delfrågor, vilka täcker olika aspekter i undersökningen. Delfrågorna diskuteras närmare i följande avsnitt.

1. Hur har det kunskapsbehov uppstått och formulerats som avses täckas med FAL-utbildningen?

2. Hur har FAL-projektet växt fram och utvecklats?

3. Vilken struktur och funktion har FAL-utbildningen?

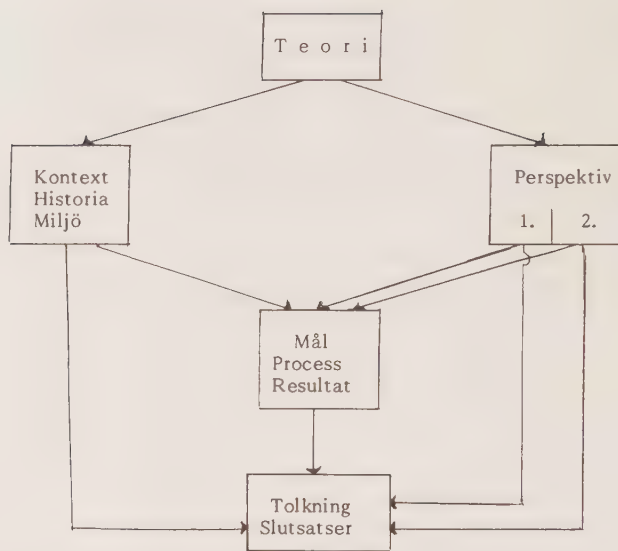
4. Vilka resultat/effekter ger utbildningen?

5. Hur kan man förklara strukturen, funktionen och utfallet i relation till intentionerna?

2.2. Val av strategi och metod för undersökningen.

Utgångspunkten för undersökningen var att studera FAL-projektet utifrån en helhetssyn. Studien av ett utbildningsprojekt i dess helhet bör liksom utvärdering av undervisning ske mot bakgrund av teoretiska antaganden som sammanhänger med en föreställning om de processer utbildningsprojektet kan innefatta, dess villkor och kontext. Strategin utvecklades från en teoribas av antaganden om att utbildning planeras med utgångspunkt från att ett kunskapsbehov finns, vilket förutsätts kunna tillgodoses genom utbildningsinsatser och med beaktande av faktorer som kan hänföras till dess kontext. De teoretiska perspektiv jag valt utvecklas i kapitlen 7—9. Dessa bildar ram och bakgrund för studien; undersökningens uppläggning samt tolkning av resultaten från såväl den historiska forskningen som från fallstudien. Tankegångarna ledde till en modell som illustreras i figur 2:1.

Eftersom FAL är ett projekt för utbildning och ledningsutveckling blev det naturligt att se på problemet om dess tillkomst, utbildningens planering, mål och förväntningar om resultat utifrån teorier inom dessa områden. I första



Figur 2:1. Modell för teoribaserad studie av FAL-projektet.

hand utgår därför den teoretiska ramen och bakgrunden från ett utbildningsplaneringsperspektiv.

Studien av FAL i dess kontext innebär att klarlägga hur projektet växt fram och vilka omgivningsfaktorer som kan ha haft betydelse för uppkomsten av nya kunskapsbehov hos läkarna. För att skaffa kunskap om kontext måste jag gå in i den organisatoriska miljö, där kunskapsbehoven uppstått. Mot bakgrund av organisationen och chefsrollen torde utbildningens funktion kunna förklaras. För diskussion om och förklaring av fenomen, som sammanhänger med den organisatoriska bakgrunden, arbetssituationen, etc. behövde den teoretiska ramen vidgas med teorier om organisation och ledarskap. Ett organisations-teoretiskt perspektiv ger denna möjlighet. Detta har jag, i likhet med Söderström (1981a), gett en vid, närmast tvärvetenskaplig tolkning. Inspirationen därtill gav bl.a. en rapport av Wallin et al (1982) om relationer mellan pedagogisk forskning och organisationsteori.

Min fortsatta diskussion kring problemet, val av strategi och metodval utgår från de fem delfrågorna, som täcker olika delar av undersökningen.

Hur har det kunskapsbehov uppstått och formulerats som avses täckas genom FAL?

Bakgrunden till FAL kan belysas genom en miljöbeskrivning. Förändrinar i verksamheten har troligen medfört behov av nya kunskaper. En sammanfat-

tande historik över sjukvårdens utveckling och beskrivning av vilka konsekvenser vissa utvecklingsdrag haft för organisationen kan förklara en del. Av betydelse i sammanhanget var faktorer som kunde ha samband med läkarens chefsroll. Då sjukvården varit i hög grad detaljreglerad även beträffande ledningsfrågorna, blev författningar inom detta område särskilt viktiga. Det gällde också att ta reda på vilka som framfört krav på utbildning och vilka aktörer som medverkat till att FAL-projektet etablerats.

Med historia menar jag vad som hänt — ett skeende i förfluten tid. Ett problem i historisk forskning kan vara källornas tillförlitlighet. Skriftliga källor måste värderas utifrån när och av vem de skrivits, om det är samtida eller efterhandsskildringar (jfr Torstendahl, 1978). Den historiska forskningen om sjukvårdens utveckling bygger i huvudsak på samtida material; utredningar, författningar, årsberättelser och annan litteratur inom området.

Hur har FAL-projektet växt fram och utvecklats?

Undersökningen kring FAL-projektets tillkomst, utbildningsplaneringen och dess fortsatta utveckling skulle dels belysa den filosofi och de föreställningar som funnits hos olika aktörer, vilka medverkat till att utbildningen kom till, dels även prioriteringen av ämnen i utbildningen. En uppgift blev då att studera FAL:s historia och kartlägga de processer som lett fram till beslutet att starta ett utbildningsprojekt.

Kartläggningen av FAL:s historia utgår från intervjuer och skriftliga källor. Riklig dokumentation har funnits i form av utredningar, protokoll, arbetsanteckningar, rapporter och annan dokumentation om FAL. Då händelserna inte ligger längre tillbaka i tiden än ett par decennier, fanns personer som kunde bidra med hågkomster. Källmaterialet kombinerades med ostrukturerade intervjuer med 15 personer, vilka deltagit i inledande diskussioner och/eller i arbetsgrupper och referensgrupper i FALprojektet. Urvalet av "aktörer", som intervjuats, skedde genom snowballsampling, d.v.s. i intervju med en person har föreslagits någon annan, som man trodde visste mer.

Torstendahl (1978) erinrar om att ögonvittnens minnesbilder av vad som hänt kan förändras över tid och att utsagor om det som hänt bygger på deras subjektiva uppfattning av situationer. I den här undersökningen har några av de intervjuade sänt mig manus till tal vid konferenser, PM och tidningsurklipp, som vidimerat och kompletterat vissa uttalanden. Cohen & Manion (1980) rekommenderar triangulering, d.v.s. kombination av tekniker, för att få "korstest" av uppgifter. Min kombination av dokumentstudier och intervjuer visade sig ge möjlighet att testa, värdera och välja i materialet. Skriftliga notat och artiklar vidimerade ofta uppgifter som lämnats i intervjuer (se även Berglund, 1983).

Inslag i Läkartidningen, notat m.m. bidrog med material för att spegla tonen

i debatten kring FAL. Personal hos landstingsförbundet och Sveriges Läkarförbund, vilka medverkat i projektet, gav uppgifter som underlättade systematiskt sökande i det rikhaltiga materialet. Förutom dokumentation om FAL-projektet i rapporter och informationsmaterial, som skrivits under olika skeden, ställdes till mitt förfogande hela det arbetsmaterial som projektsekretariatet sparar, bl.a. utskrifter av stenografiskt upptagna referat/notat, kopior av brev, skisser o.d. De har även försett mig med statistik som tillkommit under den tid studien pågått.

Vilken struktur och funktion har FAL-utbildningen?

Med struktur avser jag det mönster som undervisningens form, innehåll etc bildar. Funktion står som begrepp för den förmedlande roll som undervisningen har i syfte att bibringa kunskaper och färdigheter samt påverka attityder. För forskning kring detta valde jag att granska utbildningsplaneringen och organisationen av FAL-kurser. Viktiga blev målen för utbildningen samt att beskriva uppläggning, innehåll och pedagogiska metoder i FALkurser. Hur FAL genomförs i praktiken skulle kunna exemplifieras genom att närmare studera och beskriva någon FAL-kurs.

FAL-kursernas organisation och undervisningens genomförande i de skilda FAL-regionerna har klarlagts dels genom befinthlig dokumentation, dels genom en enkät till kursansvariga i respektive region. (Bil. 1). Enkäten överlämnades personligen vid en konferens för kursledare från hela landet. Samtliga har besvarat den. I några fall har kursledare även skickat kursvärderingar till mig. Kompletterande upplysningar och klarlägganden har vid behov kunnat fås per telefon.

Studien av en FAL-kurs med 25 läkare kunde ske genom deltagande observation, då jag följde kursen i dess helhet under 3×1 kursveckor. Kritik finns mot denna metod m.h.t. subjektiviteten hos observatören. Det finns risk att styras av egna tidigare erfarenheter, värderingar etc. Det kan motverkas genom intersubjektivitet, d.v.s. genom att ställa olika tolkningar mot varandra (jfr Cohen & Manion, 1980). Fördelar finns genom att forskaren direkt kan iaktta vad som händer.

En brist i beskrivningen av FAL-kursen är att jag inte deltog i de processinriktade gruppdiskussionerna. Valet skedde medvetet, därför att jag antog det kunde finnas risk att min närvaro skulle verka hämmande i det gruppdynamiska utbytet kolleger emellan. Däremot deltog jag i andra mera sakorienterade grupparbeten, bl.a. i diskussion om sjukvårdens organisation.

Vilka resultat/effekter ger FAL-utbildningen?

Frågan utgår från intresset av att få veta något om utfallet av utbildningen och om resultaten ger synbara effekter i den dagliga arbetssituationen. Flertalet forskare har belyst svårigheten att mäta utbildningseffekter mot arbetsrelaterade kriterier, bl.a. Westerlund & Strömberg (1965), Dylander & Olesen (1976), Carlstedt (1979), Hultman (1981). Det stod klart att vid en utvärdering av det slag som här avsågs, kunde man inte utan vidare applicera utvärderingsmodeller från skola och annan traditionell undervisningsevaluering (jfr Jerkedal, 1967, Lundmark, 1983). Skillnaden skulle främst ligga i att inom personalutbildningens område talas om effekter. Därmed avses fenomen, exempelvis förändringar, som förväntas uppstå efter utbildning av personal, men där även andra faktorer än utbildningen spelar in.

För utvärderingen kändes det angeläget att ta reda på vad intressenterna önskade att en utvärdering skulle belysa (se även kapitlen 10 och 12). Jag bedömde att en kunskapskontroll vore orealistisk. Därför beslöt jag att i stället göra en attitydundersökning i anslutning till kursen och i en senare intervjuundersökning ta reda på om deltagarna ansåg att de lärt något och fått nya kunskaper, som de haft nytta av.

Min plan var att undersöka kursdeltagarnas attityder genom en före- och eftermätning, men det blev av praktiska skäl inte möjligt. Attitydundersökningen begränsades därför till en mätning efter kursens slut. Den genomfördes medelst ett instrument för att mäta attityd till utbildning, ATU-skalan, kompletterad med en enkät innehållande några enkla frågor om erfarenheter kopplade till kursen och det hemarbete de haft med tillämpningsuppgiften. Till genomförandet av attitydundersökningen och den uppföljande undersökningen ett år efter kursen återkommer jag i kapitel 12. Däri beskrivs ATU-skalan närmare.

Problemet med utfall avseende effekter studerades i en uppföljande undersökning ungefär ett år efter kursen. Kriterier var om effekter i termer av förändringar kunnat iakttas i arbetssituationen, vilka skulle kunna relateras till den genomgångna FAL-kursen. Avseende fästes även vid av individen upplevda förändringar. Denna undersökning genomfördes medelst intervjumetoden. Förutom kursdeltagarna intervjuade jag även andra anställda i närmiljön, någon eller några underställda i organisationen och någon överordnad.

Ett intervjuformulär med strukturerade frågor testade jag i en "pilotstudie" på ett slumpmässigt urval av läkare som deltagit i tidigare FAL-kurser. P.g.a. bortfall intervjuades då endast tre läkare samt någon överordnad respektive underställd i organisationen. Erfarenheterna från dessa tre fall bedömde jag tillräckliga som prov på tekniken. Följden blev att den planerade typen av intervju med i förväg fastställda frågor övergavs till förmån för intervjuer i form av samtal med kursdeltagarna. Det visade sig nämligen att i svar på en fråga berättade läkarna fritt och täckte därvid in områden som togs upp i andra frågor. De gav

också information som var värdefull och samtidigt svår att fånga i strukturerade frågor. Den öppna intervjun skulle ge mer information (jfr Swedner, 1978). Tolkningen och kategoriseringen av svaren skulle bli mer arbetskrävande, men värdet av kringinformationen ansåg jag överväga merarbetet. De strukturerade frågorna ersattes med en intervjuguide för samtal (Bil. 4). Antalet intervjuade i den slutliga undersökningen blev, förutom de 25 kursdeltagarna, 42 st underställda i organisationen och 26 överställda (se kapitel 12).

Med undantag av ATU-skalan har jag använt instrument vars reliabilitet och validitet inte kontrollerats systematiskt enligt gängse metoder. Svårigheten att testa reliabilitet och validitet i situationer som denna i studien av FAL var densamma som Hultman (1981) fann vid utvärdering av skolledarutbildningen:

”I en situation då man endast har ett instrument som bjuds vid ett tillfälle, uppstår vissa problem då det gäller att uppskatta ett instruments reliabilitet. De traditionella metoderna är inte möjliga att utnyttja, dels därför att instrumentet är heterogent, d.v.s. de olika frågorna avser att mäta olika fenomen. Vad som då återstår är att söka belysa instrumentets allmänna förutsättningar, svarsmönstrens konstans och en intersubjektiv kontroll.” (Hultman 1981, s. 84).

Svaren i den här undersökningen tyder på att frågorna tolkats som avsetts och frekvensen av svar tyder på att de känts meningsfulla. Det kan inte uteslutas att deltagarna vid mätningen av attityder till utbildning svarat överdrivet positivt. Tänkbar är möjligheten att, som i detta fall, få delta i utbildning tre veckor tillsammans med kolleger i en trivsam miljö helt avskild från vardagsarbetet, skulle ge positivt utslag som inte hade med undervisningen att göra. Något av ”tack för maten” i kursvärderingen vid kursens slut. Genom intervjuerna ett år efteråt gavs i denna undersökning möjlighet att bedöma konstansen i svaren i dessa avseenden.

En del frågor i enkät och intervjuer var av sådan art att svaren måste spegla någon introspektion eller självskattning, exempelvis frågan om inlärnin g har skett. En tendens kan då vara att medvetet eller omedvetet göra sitt svar positivt, om deltagaren varit positiv till utbildningen eller om denne av välvilja mot intervjuaren blir positiv. Motsatsen kan givetvis förekomma om man är negativt inställd (jfr Hultman, 1981). Allmänt råder en viss ovilja mot att svara nej på frågor i intervjuer eller att ge negativa svar (jfr Öste & Berner, 1968). Tänkbart är att en inom sjukvården inbyggd professionell vänlighet kan ha verkat för överdrivet positiva svar med risk att negativa svar undviks. Då emellertid intervjupersonerna i stor utsträckning även gett nekande svar och framfört kritik, torde sådan felkälla inte föreligga i nämnvärd omfattning. Risken för detta kan vara större i intervjuer med underställd personal än med personer i ledande ställning. Variationen i svaren pekar på en viss neutralitet, men man kan inte helt bortse från denna faktor. Felkällor som språkbruk och ledande frågor har i stor utsträckning kunnat hållas under observation, då intervjuerna i de flesta fall spelats in på band. En fördel var att intervjuaren följt hela kursen samt att kurs-

deltagarna och ledningen föreslagit frågeställningar för utvärderingen.

Svårigheten att mäta resultaten i en kvalitativ undersökning som denna gör att jag avstått från graderingar av svaren, för att inte ge sken av en exakthet som inte finns. Förutom ATU-skalan har endast nominalskalor använts. Någon ingående statistisk bearbetning av resultaten har inte känts meningsfull, då den studerade gruppen är liten och inom sig heterogen. Siffror, som anger mängd i betydelsen av antal personer, antal svar etc, kan ge en föreställning om riktning eller trender, vilket kan ha betydelse för fortsatt forskning och för beslut om fortsatt utbildning (jfr Alexandersson, 1981, Keisu-Lennerlöf, 1981).

En brist i undersökningen är att inte fler "kringpersoner" intervjuats, samt att en kursdeltagare inte kunnat följas upp genom intervju med någon underställd personal. Bortfallet berodde på personalbyte och lång frånvaro. Ytterligare en brist är begränsningen i utnyttjandet av den modell, som jag utgick ifrån vid utvärderingen (se kapitel 10), genom att inte hålla fler karaktäristika hos kursdeltagarna under kontroll. Inte heller har kringfaktorer i arbetsmiljön studerats systematiskt. "Privata" påverkansfaktorer, som kan ha betydelse för motivation och inlärnin, har inte efterforskats. Önskvärt hade varit att följa upp exempelvis frågan om ökad effektivitet genom budgetuppföljning och kostnadskontroll i vissa avseenden där läkarens beslut har betydelse. Jag uteslöt det, dels p.g.a. att det skulle behövas en omfattande efterforskning, som låg vid sidan om själva studien, dels därför att delegationsbestämmelser angående budgetansvar o.d. inte var lika vid de skilda arbetsplatserna och kursdeltagarnas ställningar i organisationen inte jämförbara. Inte heller skulle man med säkerhet kunna påvisa att eventuell kostnadsbesparing kunde relateras till FAL-kursen. Här måste klinikchefens kvalitativa bedömning beträffande ökad effektivitet vara avgörande och ses som fakta.

Hur kan man förklara strukturen, funktionen och utfallet i relation till intentionerna?

Det kan antas att samband finns mellan intentioner och föreställningar bakom målsättning och den struktur utbildningen får och vilken funktion undervisningen ska fylla. Intentionerna för utbildningen kan tolkas i målen för denna och i den filosofi och de föreställningar som gavs uttryck för vid planering av FAL-utbildningen. Intressant är om utfallet står i samklang med dessa intentioner.

Svaret på delfråga 5 kan sökas genom analys av resultaten och ställa dessa mot varandra, exempelvis resultat från utvärdering av FAL-kursen mot de måldiskussioner och föreställningar, som den historiska forskningen förväntades belysa.

Del 2. FAL-projektet. Bakgrund, utveckling och inriktning.

Denna del av avhandlingen redovisar den historiska delen i min studie av FAL-projektet. Det är historien om hur förändringar i organisationen och dess omvärld medförde nya kunskapsbehov samt hur ett projekt tillkom och utbildningsinsatser planerades för att tillgodose detta behov genom personalutbildning.

FAL-projektets bakgrund och miljö är hälso- och sjukvården. Kapitel 3 innehåller en kortfattad historik över sjukvårdens utveckling under senare tid. Då i utredningar om hälso- och sjukvård (jfr SOU 1978:50) uppges att synen på hälsa och sjukdom kan ha betydelse för vårdarbetets organisation och utförande, inleds kapitlet med en mycket kort belysning av diskussionen kring dessa begrepp.

I kapitel 4 tecknas huvuddragen i FAL:s förhistoria. Beskrivningen av hur utbildningsbehoven kan ha uppstått och hur de artulerats kan sprida ökad kunskap om

- a) de processer som ledde fram till FAL-projektet och
- b) de föreställningar som fanns om målgruppen i dessa sammanhang.

Hur projektarbetet organiserades och utbildningen planerades behandlas i kapitel 5. Kursverksamheten och tidigare försök till utvärdering redovisas i kapitel 6.

I förslag till förnyad grundutbildning för läkare (UHÄ 1982) uttalades nödvändigheten att förstärka de administrativa inslagen i utbildningen, en förändring, som stegvis införts (se bilaga 7). Det kan antas att erfarenheter från FAL-projektet och den kunskap som vunnits däri kan komma till nytta vid planering av dessa inslag i undervisningen. Det är också av intresse att dokumentera något av den kamp som förts av fackliga företrädare för läkarna m.fl. intressenter, som föregått och bidragit till denna förändring i läroplan för läkarutbildningen. Bilden av hur enskilda aktörer och grupper genom aktiviteter på skilda plan påverkat skeendet kan också bidra till ökad förståelse för

- a) hur personalutbildning i vissa fall kan initieras och utvecklas, samt
- b) hur den kan bidra till förändringar inom den grundläggande yrkesutbildningen.

I hälso- och sjukvårdslagen HSL (1982), definieras hälso- och sjukvård som "åtgärder att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och ska-

dor''. Tidigare lagar inom området gällde sjukhus och sjukvård. I fortsättningen används i stor utsträckning ''sjukvården'' som ett samlingsbegrepp. Det avser då innefatta också den hälsovårdande delen i relevanta sammanhang, även där tillägget hälsovård inte skrivits ut.

Kapitel 3. Miljöbakgrund. Sjukvårdens utveckling.

3.1. Hälsa och sjukdom.

Definitionen av hälsa och sjukdom kan variera beroende på när, var och i vilket sammanhang definitionen uppkommer. Hälsa definieras av WHO:

”Health is a state of complete physical, mental and social wellbeing and not merely the absence of disease and infirmity”. (WHO 1958).

Hälso- och sjukvårdsutredningen, HSU, (SOU 1979:78) menar dock att denna definition illustrerar innebörden av god hälsa som ett eftersträvangsvärt tillstånd, som ett mål för den allmänna välfärdspolitiken. Värderingar, sociala och kulturella förhållanden påverkar innebörden av begreppet hälsa, som alltså kan variera mellan olika sociala grupper, åldersgrupper etc. (jfr Gustafsson, 1978, Nyström, 1978, Lohmann, 1978).

HSU fastslår att sjukdomsbegreppet kan ha flera betydelser beroende på olika utgångspunkter för bedömningen. Ett s.k. objektivt synsätt innebär att det som avviker från det medicinskt normala betraktas som sjukt, oberoende av vilken person det gäller. Denne behöver inte uppfatta sig själv som sjuk. Enligt ett s.k. subjektivt synsätt grundas bedömningen på individens upplevelser. Det som en människa upplever som ohälsa, besvär eller störningar i hälsotillståndet betraktas som sjukdom. Man kan alltså betraktas som sjuk utan att sjukdom kan påvisas rent objektivt. HSU varnar för en alltför vid tolkning av sjukdomsbegreppet och för att göra alla problem till medicinska problem.¹

Lohmann (1978) konstaterar med utgångspunkt från lagen om allmän försäkring, att i Sverige tillämpas en på medicinska faktorer baserad ekonomisk definition av sjukdom. Förenklat uttryckt skulle den lyda: sjukdom respektive invaliditet är ett tillstånd, där arbets- eller förvärvsförmåga helt eller delvis saknas (jfr Brorsson, 1977).

Många faktorer har givetvis bidragit till läkekonstens utveckling och därmed även till förändrad syn på hälsa och sjukdom. Ett naturvetenskapligt genombrott i läkekonsten på 1870–80-talen ledde till att sjukdom kunde definieras objektivt och personligt. Senare tids utveckling inom medicinska forskningsområden, torde fortlöpande påverka i dessa avseenden. Vissa forskare, t.ex. Gustafsson (1978), framhåller att den naturvetenskapliga synen på sjukdom fortfarande dominerar sjukvården och att det har betydelse för vårdens organi-

sation och arbetsfördelningen. Det är läkarna, som har den medicinska kunskapen, och de anses vara den kategori som är de enda experterna på området. Mot detta kan anföras avvikande mening med hänvisning till omfattningen och betydelsen av forskning om den psykosomatiska problematiken, som visar på de sociala och psykologiska faktorernas inverkan på kroppsliga sjukdomar. Arbetsförhållandenas betydelse för hälsa och välbefinnande har under senare tid belysts av flertalet forskare, bl.a. Levi (1976), Gardell (1976), Bradley (1979), Landell (1977), Lohmann (1978), Lennerlöf (1981).

För att förebygga ohälsa hos befolkningen och för att sjuka ska kunna få sakkunnig vård har samhället genom stat och kommun inrättat en organisation för hälso- och sjukvård. Privat läkar- och sjukvård kan anlitas, men sådan finns numera i relativt liten omfattning. Huvudparten av hälso- och sjukvården tillhör idag offentlig verksamhet. FAL:s målgrupp, läkare i ledande ställning, kan sägas vara nyckelfigurer i den organisationen.

3.2. Sjukvårdens utveckling. Kort historik.

Befolkningen i Sverige uppgick vid mitten av 1700-talet till knappt 2 miljoner. Vid denna tid fanns fyra sjukhus i hela landet.² Antalet läkare och fältskärer uppskattas ha varit mindre än 200 vid den tiden. Befolkningsexplosionen under 1800-talet mer än fördubblade antalet invånare. Antalet sjukhus ökade och dödligheten bland sjukhuspatienterna minskade. Sjukhusen var vanligen små och hade något eller några tiotal platser. Vid 1900-talets början fanns 1131 läkare. Tabell 3:1 visar något av lasarettsutvecklingen från 196 vårdplatser 1781 till 77842 år 1982. Utöver i tabellen redovisade lasarett fanns 1982 ett stort antal sjukhem med tillhoppa 47700 vårdplatser.

Verksamheten stod under ledning av lasarettsdirektioner, som även beslutade om t.ex. intagning av sjuka utifrån läkares bedömning. En central förvaltning fanns, vilken hade sitt ursprung ur Collegium Medicorum, som hade bildats i Stockholm 1663. Kollegiet, senare kallat Collegium Medicum, omorganiserades 1813 till Sundhetskollegium, som år 1878 blev Medicinalstyrelsen. I sin verksamhet var alla läkare underställda Sundhetskollegium. Ansvaret för sjukhusverksamheten vid kroppssjukhus överfördes sedermera på landstingen. Den centrala kvalitetskontrollen behölls dock och förstärktes. Sundhetskollegium granskade sjukhusrapporterna och hade inspektionsrätt. Lasarettsläkaren var ansvarig styresman mellan direktionssammanträdena. Han svarade ensam för sjukvårdens ändamålsenliga och behöriga handhavande.

1928 års sjukhuslag förpliktade för första gången landstingen att bereda sjukvård åt invånarna i landstingsområdet.³ Huvudmannaskapet för sjukvården

Tabell 3:1. Antal lasarett och sjuksängar/vårdplatser 1781-1982.
(Källa:SOU 1979:78 och LKELP 1982)

År	Antal lasarett	Antal sjuksängar/ Vårdplatser
1781	17	196
1811	33	692
1841	42	2 146
1861	46	2 960
1881	72	4 271
1901	76	7 353
1924	92	13 307
1960	111	41 755
1982	114	77 842

låg vid denna tid på många olika händer. I de stora städerna, som låg utanför landstingen, fanns kommunala och privata sjukhus. Även andra kommuner bedrev kommunal sjukvård och privatläkarsystemet var allmänt. För i första hand mindre bemedlade, som inte hade råd med privat läkarvård, höll städerna stadsdistriktsläkare medan staten svarade för provinsialläkarna i landet. Staten svarade för de s.k. universitetssjukhusen. Vanföreanstalter och en del stora sanatorier drevs genom stiftelser.

1947 föreslogs i Axel Höijers utredning "Den öppna läkarvården i riket" (SOU 1948:14, 24) en kraftig utbyggnad av den öppna vården⁴ med hälsocentraler i landstingens regi, ökad utbildning och fri sjukvård till alla. Men tiden var inte mogen för dessa förändringar förrän på 1960-talet, då en rad reformer genomfördes i syfte mot ett enhetligt huvudmannaskap.

Landstingens ansvar för hälso- och sjukvården ökades ut successivt. Långvården — vården av kroniskt kroppssjuka, som tidigare betraktades som fattigvård om inte anhöriga kunde vårda den sjuke, ålades landstingen 1951. Skyldigheten att bedriva öppen vård vid sjukhus lades på landstingen 1959, då det skrevs in i 1959 års sjukhuslag. Det skulle gälla vid sjukhus som ansågs lämpligt för ändamålet. Dessutom fanns restriktionen att "öppen vård må bedrivas endast i den omfattning, som med hänsyn till den slutna vården och övriga omständigheter bedömes skäligt".⁵

Sjukvården inom landstingen började efter andra världskriget att expandera i en accelererande takt ända in på 1960-talet, då en uppbromsning skedde. Vid sidan om övertagandet av verksamheter, planerades och byggdes nya enheter inom befintliga sjukhus och nya sjukhus tillkom. Under denna period tillkom ett antal "storsjukhus".⁶

1961 träffades överenskommelse om att överföra tjänsteläkarna till landstingen fr.o.m. 1 juli 1963. Provinsialläkarnas ställning hos staten var mer självständig än den kunde förväntas bli inom landstingen. Läkarförbundet försökte

förekomma denna utveckling genom att satsa hårt på att utveckla privatläkarvården. En läkarhusplan antogs av Sveriges Läkarförbund 1963 med sikte på i första etappen 40 läkarhus med ungefär 300 läkare. Planerna fullföljdes dock inte mer än i några få städer. Provinsial- och stadsdistriktsläkarväsendet överfördes till landstingen 1963. Den sista stora reformen mot enhetligt huvudmannaskap på 1960-talet var att ansvaret för den psykiatriska vården överfördes till landstingen 1967. Fullständigt reglerades huvudmannaskapsförändringen i 1972 års sjukvårdslag (SFS 1972:665).

Sjukvårdens omfattning mäts på olika sätt. Man räknar antalet vårdplatser, antal vårdade patienter respektive antal läkarbesök. Andra mätbara volymer är kostnader eller anställd personal. Under senare tid har också studerats belägningsprocenten, d.v.s. utnyttjandet av tillgängliga vårdplatser genom att räkna antalet vård dagar. Antalet vårdplatser inom den slutna hälso- och sjukvården var enligt statistisk årsbok för landsting (1967 och 1982):

1965	64 000
1980	118 000.

Vårdtiden per patient har minskat. Genomströmningen är snabbare. Trots minskning av antalet vårdplatser under senare tid har antalet vårdade patienter ökat.⁷

Antalet läkarbesök i öppen vård inom landstingens och de landstingsfria kommunernas hälso- och sjukvård var enligt ovan nämnda källor:

1965	cirka 3 417 300
1980	cirka 19 000 000.

Vårdkostnaderna har under åren 1960—1980 växt fyra gånger snabbare än bruttonationalinkomsten. De årliga totala kostnaderna för hälso- och sjukvården uppgick 1981 till över 50 miljarder kronor, cirka 10% av BNP.

Antalet anställda inom hälso- och sjukvården uppgick år 1960 till cirka 155000. Fram till 1970 ökade antalet anställda till 185000, för att 1977 uppnå siffran 300000. Mer än 375000 personer var sysselsatta inom hälso- och sjukvården i Sverige 1981. Ungefär 85 % av de anställda var kvinnor och den genomsnittliga arbetstiden uppgick till 30 timmar/vecka. Sjukvårdspersonalen utgör cirka 8% av totala antalet anställda i landet. Som jämförelse kan nämnas att motsvarande siffra 1960 var 3% (Källa: Allmän hälso- och sjukvård, LKELP).

Personal- och utbildningsstrukturen inom hälso- och sjukvården företer en bild av stark splittring. Det kan dels bero på den specialisering, som skett till följd av ökad kunskap och behov av att dela upp kunskapsmassan, men också på den snabba och kraftiga expansionen, som medförde brist på utbildad personal. Nya personalkategorier med kortare utbildning tillkom men även nya utbildningslinjer i gymnasieskolan. Skolstyrelsens förteckning över läroplaner för vårdsektorn upptog 1982 cirka 140 olika planer. Därtill kommer vårdutbild-

ningarna inom universitetsväsendet (läkare, psykologer, logopeder m.fl.). Inom sjukvården finns också många personalkategorier med annan utbildning och andra funktioner än vård, exempelvis kökspersonal, hantverkare, sekreterare och många andra.⁸

Sjukvårdens expansion blev speciellt kännbar på 1960-talet, då utvecklingen ledde mot stordrift. Sjukvårdsansvariga anklagades då för bristande resurser och dålig planering. I massmedia krävdes åtgärder. Många kritiker menade att det viktigaste var att rationalisera och effektivisera sjukvården. Organisations-specialister och rationaliserare anlätades. Det upptäcktes då att den gamla administrationen var svag p.g.a. underdimensionering och bristande kunskaper hos administratörerna. Administrativa tjänster tillkom.

I en beskrivning av ett centrallasarett i mellansverige berättar Rhenman (1966, s III:5)

”Genom att sjukhuset växt så starkt har kraven på den administrativa sidan ökat. 1961 inrättades befattningen som sjukhusdirektör. Styresmanna- och syssломannaorganisationen ersattes därigenom med en sjukhusdirektör och en chefsläkare. 1964 ersattes husmorsorganisationen med uppdelningen i sjukvårdsföreståndare och klinikföreståndare. Personalorganisationen byggdes också ut med inrättande av en befattning som utredningssekreterare, som främst skulle syssla med utredningsarbete åt sjukvårdsdirektören och vara sekreterare i direktionen. 1965 inrättades en befattning som sjukhuskamrer att handha den kamerala sektionen. Fr.o.m. 1 januari 1966 utökades personalavdelningen med en personalchef och ytterligare en personalassistent.”

Rhenmans beskrivning gäller ett centrallasarett i mellansverige, men man kan anta att utvecklingen varit likartad på andra håll i landet. En klar likhet finns med ett centrallasarett i norra Sverige, där jag själv arbetade som personalassistent 1965—1971. I samtal med kolleger och annan sjukvårdspersonal på kurser och konferenser redovisades erfarenheter och uppfattningar, som i mycket sammanföll med det som redovisas i Rhenmans (1966) rapport.⁹

De allt större behoven av personal fick påverkan på den inre organisationen och vårdarbetet. Det rädde brist på utbildad sjukvårdspersonal. Arbetet fick då organiseras så att, där så var möjligt, hjälppersonal kunde anställas utan föregående utbildning och läras upp inom organisationen. Administrationens skiljande från vården medförde att det uppstod två skilda hierarkier, en medicinsk och en administrativ hierarki. Till detta återkommer jag.

En alltmer ökande medicinsk specialisering ledde också till uppdelning inom sjukvårdsorganisationen. Specialiseringen torde vara en följd av den medicinska och tekniska utvecklingen, som gått snabbt under senare tid. Fram till 1860-talet fanns i stort sett inte någon uppdelning alls av vården i olika medicinska verksamheter. Utöver universitetssjukhusen fanns då endast cirka 30 specialiserade avdelningar vid lasaretten. Generellt har utvecklingen under de senaste decennierna inneburit ökade medicinskt-tekniska förutsättningar för en högspecialiserad vård. Specialistbehörigheten för läkare fastställdes i Sverige officiellt 1960. Det fanns då 28 specialiteter (SFS 1960:653).

Nya specialiserade enheter har inrättats. 1984 fanns 43 olika specialiteter med angränsande verksamhet. Utvecklingen torde ha direkt samband med nödvändigheten att systematiskt dela upp en växande kunskapsmassa, som inte bara gäller det medicinska området utan också olika medicinskt-tekniska servicefunktioner. Givetvis har denna utveckling påverkat både organisationen, personalsammansättningen och vårdutbildningen. Det har också lett till en komplex organisation med många olika samband och beroendeförhållanden.

3.3. Planering och styrning.

Landstingens grepp om hälso- och sjukvården var på 1940—50-talen inte särskilt starkt. Den politiska ledningen inriktade ansträngningarna på att lösa praktiska problem som gällde försörjningen, tvättinrättningar, upphandling etc. I sjukhuslagen 1940 föreskrevs att sjukvårdsstyrelse ska verka för största möjliga planmässighet i sjukhusväsendet. Landstingens och storstädernas förutsättningar för att arbeta med övergripande planer för hälso- och sjukvården var små.

”Den viktigaste planeringen skedde inom ramen för budgetarbetet. Med den kamerala budgetuppläggningsen gavs relativt små möjligheter att styra verksamhetens inriktning. Uppföljning fanns endast i form av överskridandekontroll, kameral s.k. ettöresrevision och årsberättelser.” (Socialnytt, specialbilaga 1/79, s. 6.)

Den planering, som fanns under 1940-talet, syns ha varit separat för varje verksamhetsgren. Ofta var den inriktad på bygnadsfrågor. Planering och utbyggnad bedrevs klinikvis, vilket torde ha grundat sig på den stora självständighet som klinikcheferna hade.

I kungörelsen till 1959 års sjukhuslag ålades sjukvårdsstyrelserna åter att främja planmässighet i vården. De borde efter samråd med berörda myndigheter göra upp översiktsplaner för olika grenar av sjukvården. Landstingens planering påverkades givetvis av reformerna kring huvudmannaskapet. Intresset för sjukvårdsplanering ökade också till följd av den ekonomiska utvecklingen. Utbyggnaden finansierades med skatter och när skatteunderlaget inte fortsatte att växa i samma takt, måste landstingsskatten höjas. Även statens planering utvecklades. Bl.a. krävde finansdepartementets långtidsplanering bättre underlag från den expanderande sjukvårdssektorn.

Planeringsverksamheten för hälso- och sjukvården tog fart från mitten av 1960-talet. En rad storsjukhus planerades. Kraven på struktur och planering växte, men man hade problem med dåligt underlag och brister i metodiken. Resurserna för planering var svaga och underlaget var dåligt med brister vad gällde de medicinska sammanhangen. Nya krav kom då att ställas på sjukvårdens ad-

ministration och på att läkarna skulle medverka för att få fram bättre underlag för planeringen. Läkarna var en viktig resurs vars bedömningar behövdes för att räkna fram vårdbehov, som kunde ligga till grund för prognoser angående behov av läkartjänster etc.

Medicinalstyrelsen sammanlades med socialstyrelsen 1968 till en gemensam förvaltningsmyndighet, vilken utöver medicinska kontrollfunktioner fick en stark inriktning på planeringsuppgifter. Landstingens planer sammanställdes och analyserades av socialstyrelsen i den första rullande prognosen (RUPRO) 1967.

Fr.o.m. 1968 tillkom genom riksdagsbeslut Spri, sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut.¹⁰ Spris syfte blev att främja, samordna och medverka i huvudmännens planerings- och rationaliseringsverksamhet inom hälso- och sjukvården samt socialvården. Planeringsmetodik utveckledes av Spri, som kom med riktlinjer för hälso- och sjukvårdsplanering. Landstingsförbundet utarbetade femårsplaner, vilka avrapporterades i LKELP och RUPRO.¹¹ 1975 fastställdes HS 80, Hälso- och sjukvård på 80-talet, vari socialstyrelsen lade fram principplaner med strukturmodeller för hälso- och sjukvårdens organisation under 1980-talet (Socialstyrelsen, 1976). Sjukvårdshuvudmännen med få undantag, utarbetade mellan 1971—75 principplaner med sikte på 1985. Planeringen har sedan fortsatt med planer för 90-talet. Fortfarande behövs läkarnas medverkan i planeringen.

3.4. Huvudmannaskap, ansvar och struktur på 80-talet.

Successivt har landstingen och de landstingsfria kommunerna (Göteborg, Malmö och Gotland) blivit huvudmän för praktiskt taget all sjukvård. Staten är huvudman för kriminalvårdens och försvarets sjukvård samt rättspsykiatriska organisationerna. Privata vårdgivare finns, t.ex. föreningar, stiftelser, företag och enskilda yrkesutövare, som dels kan förmedla vård vid vissa specialistsjukhus (reumatikersjukhus), dels vid mottagningar och enskilda vårdhem. Relativt sett är detta av liten omfattning. Avgränsning görs här mot statlig och privat sjukvård.¹² Där i fortsättningen talas om landsting inbegrips i detta de landstingsfria kommunerna, om ej annat anges.

Landstingskommunernas ansvar för hälso- och sjukvården regleras sedan 1 januari 1983 av Hälso- och sjukvårdslagen, HSL, (SFS 1982:763). Innan den trädde i kraft reglerades landstingskommunernas skyldigheter ifråga om sjukvården främst i sjukvårdslagen (SFS 1962:242), sjukvårdskungörelsen (SFS 1972:676) och kungörelsen om kommunala undervisningssjukhus (SFS 1970:704). 1962 inlemmades i lagen även öppen vård utanför sjukhus.

Till skillnad från tidigare lagstiftning med detaljreglering och många kontrollfunktioner, som huvudmännen inte haft möjlighet att påverka, är den nya hälso- och sjukvårdslagen en målinriktad ramlag. Den nya lagen står för en politiskt uttalad färdriktning mot ett långsiktigt mål. Det innebär att landstingen själva får bestämma medlen. De som i landstingen har det politiska ansvaret har ett förstahandsansvar att utforma innehållet i verksamheten, organisationen och administrationen. Det medicinska ledningsansvaret ska ligga på läkare i ledande ställning, en överläkare på sjukhus och distriktsläkare i öppen vård utanför sjukhus (HSL § 14).

Landstingen har ett totalansvar för planering och samordning av hälso- och sjukvårdsinsatser. De ska följa upp planeringen och vidta erforderliga åtgärder. Landstingen ska också se till att det planerade innehållet överensstämmer med den medicinska utvecklingen samt att resurser för hälso- och sjukvården finns i tillräcklig omfattning (jfr Ingestad & Nilsson, 1982).

Centralt utvecklas riktlinjer för planering och utveckling. I HS 80 skisserade socialstyrelsen en principmodell för vårdens struktur, som är uppbyggd kring de tre komponenterna primärvård, länssjukvård och regionsjukvård. Denna inriktning, som både statsmakterna och huvudmännen ställt sig bakom, innebär bl.a. en funktionellt strukturerad uppbyggnad av resurser och organisation. Vad beträffar organisationen kan i princip urskiljas tre modeller:

1) Geografisk indelning där sjukvårdsdistrikten leds av en distriktsorganisation.

2) Indelning efter verksamhetsområden, där gruppering skett med utgångspunkt från olika medicinska verksamheter (s.k. blockorganisation).

3) Kombinerat geografisk indelning och verksamhetsområdesindelning.

Primärvården, som innefattar bl.a. vårdcentraler, lokala sjukhem och hem-sjukvård, ska i princip ansvara för hälsotillståndet hos invånarna inom ett givet område. I de fall primärvårdens resurser är otillräckliga för de åtgärder, som fordras för en viss patient, kan denne överföras till läns- eller regionsjukvården.

Länssjukvårdens somatiska och psykiatriska korttidsvård bedrivs vid läns-sjukhus och i viss utsträckning vid länsdelssjukhus. Endast en mindre del av långvården faller inom länssjukvården.

Regionsjukvården ansvarar för de patienter vars svårbemästrade problem kräver samverkan mellan högt utbildade specialister och eventuellt särskild utrustning som är dyrbar eller svårskött.

En omstrukturerad av hälso- och sjukvården pågår med ökad satsning på förebyggande åtgärder, lättillgänglighet samt förbättrad information till patienterna. Bland de förändringar som hänför sig till den nya hälso- och sjukvårdslagen kan nämnas patienterna förändrade ställning med rätt till information och medbestämmande vid val av behandling etc. Utvecklingen och de förändringar som sker kan komma att påverka läkarnas arbete och vårdens utformning.

Hur den här beskrivna utvecklingen och förändringen påverkat ledningen inom sjukvården och läkarnas ställning återkommer jag till i nästa kapitel. Innan dess vill jag ge några fragment av den debatt, som förts kring sjukvården under de senaste decennierna.

3.5. Debatt kring sjukvården.

Debatten kring sjukvården har under de senaste decennierna varit så omfattande och så mångfacetterad att det är omöjligt att ge en fullständig bild inom denna avhandling. Några axplock av intresse för att belysa sjukvårdsmiljön och kraven på förändringar ska sammanfattningsvis beröras här. 60-talets livliga debatt och kritik gällde till stor del bristen på resurser och organisationen, som uppfattades ineffektiv. I massmedia anklagades sjukvårdsansvariga för bristande resurser och underlåtelser som lett till den akuta bristen på sjukvårdspersonal. Det krävdes åtgärder av olika slag, exempelvis utbildning och rekryteringsstimulerande åtgärder men också organisationsförändringar.

En del kritiker menade att det viktigaste var att rationalisera och effektivisera sjukvården. En bred salva av detta slag sköt exempelvis Heimann (1964) mot planeringen. Han menade, att man lät stora komplex "ligga i träda" medan man stolt visade upp skinande och förfärligt dyra nya sjukhus. Flaskhalsar och ineffektivitet, väntelistor och många återbesök, som borde kunna undvikas, påpekade Heimann. Schemaläggningen av läkarnas och sjuksköterskornas arbetstider (med delad arbetsdag) och deras löneförhållanden kritiserades.¹³

Även massmedias bevakning av läkarnas insatser i vård och forskning diskuterades. Sundström (1969) reagerade t.ex. på ensidiga sensationsreportage, som uppammar oberättigad respekt för och förväntningar på läkarvetenskapens möjligheter att bota.¹⁴

70-talets sjukvårdsdebatt dominerades av diskussioner kring frågor som handlade om primärvård, om psykiatriska vården och hur den skulle organiseras, om hemsjukvård mm. Politiskt uttalades viljan att bygga ut sjukvården utanför akutsjukhusen.

Mycken kritik handlade under 60—70-talen om patienternas ställning och bristen på kontinuitet i läkarkontakter samt hur patienter upplevde, att de behandlades som kolli, när de var intagna på sjukhus. Som en röd tråd genom all debatt under de senaste decennierna har patientens ställning och situation i den alltmer teknifierade vården uppmärksamats. Problem för patienterna hörde till rationaliseringens och personalomsättningens avigsidor (jfr Berglund, 1977). Patienternas främlingskap i vårdapparaten och behov av hänsyn och personlig integritet togs upp i olika sammanhang.¹⁵

Hur patienten drabbades beskrev Lindblom (1972) i ett "öppet brev till en medpatient". Det handlar om stela rutiner, mycken väntan, brist på integritet och brist på inlevelse i patientens situation. Kritiken är inte ensidig, även positiva erfarenheter nämns. Dahl (1975) beskriver liknande upplevelser som patient på ett fint, nytt sjukhus, där hon tyckte sig uppleva snål, opersonlig kontakt och brist på förståelse för sin situation. Även materiella brister påpekas: avsaknad av rullstolar och kryckor i erforderlig mängd i förhållande till antalet patienter. Motsatta erfarenheter mötte Dahl på ett mindre sjukhus, där hon möttes av värme och hänsyn.

Ett inslag som fick debatten att flamma upp alldeles särskilt var Jersilds roman "Babels hus" (1977), där det moderna sjukhuset skildras som en plats med stora avstånd och bristande förståelse och där hierarkin, specialiseringen och tidspresen medfört att vården blivit opersonlig och kontaktlös. Man kan förmoda att TV-tittarna, som följde en TV-serie byggd på denna roman, kunde identifiera sig med patienter och i viss mån också med personalen.

Att frågorna om patientens ställning och vårdens utformning är högaktuella även på 80-talet, belyser bl.a. en undersökning som Spri redovisar (1983), vilken inspirerade till ett stort antal artiklar i dagspressen med s.k. "vårdserier" (ex. SvD, DN m.fl.).

Livlig debatt om sjukvården i ett annat, mer samhällskritiskt perspektiv väckte Illich (1975, 1977) med kritiska synpunkter på den "farliga" och "omänskliga" sjukvården. Illich kritiserar starkt läkarvetenskapens arbetssätt och ser det medicinska etablissemang som ett allvarligt hot mot hälsan. Illich hävdar, att effekten av läkarnas herravälde över sjukvården är invalidiserande, och diskuterar de negativa sidorna av de medicinska framstegen och vad han kallar samhällets medikalisering.

Organisationen av vårdarbetet och det naturvetenskapliga synsättet har kritiserats av bl.a. Gustafsson (1978). Han menar att läkarprofessionens dominans inom sjukvården inte enbart har sin grund i vetenskapliga och funktionella orsaker. Den traditionella uppfattningen av läkarnas yrke är av normativ karaktär och utgör snarare en idealbild än en analys av faktiska förhållanden. Det har understött den utveckling som Illich kritiserar. Läkarnas dominans får arbetsmiljömässiga konsekvenser, anser Gustafsson. Han ser också läkarvetenskapen som en faktor som bidrar till byråkratisering, teknifiering och industrialisering av sjukvården.

Vårdorganisationen och sjukvårdspersonalens vardag på vårdavdelningsnivå inom somatisk sjukvård har studerats av Gardell et al (1979) med utgångspunkt från ett perspektiv på psykosociala arbetsmiljöfrågor. Forskarna är kritiska mot organisatoriska effekter i arbetssituationen. De hävdar att vårdorganisationen skapar främlingskap och stress och att otrivsel finns bland personalen. Det bidrar till motsättningar mellan grupper av anställda och mellan administration och vård.

Återkommande i debatten under de senaste decennierna har sjukvårdskostnaderna varit, vilka ständigt ökar och som vållar bekymmer. Diskussioner förs angående orsaker till ökningen och om hur kostnaderna ska kunna begränsas. Skatteunderlaget är vikande och det har medfört samhällsekonomiska problem. "Hur finansiera morgondagens sjukvård?" är en fråga som både politiker och ekonomer stängas med. Utifrån tillgänglig statistik drar Ståhl (Landstingens Tidskrift 1982:31) slutsatser om produktiviteten och menar att den försämrats. Den negativa utvecklingens orsaker tolkar Ståhl som delvis beroende på att det politiska inflytandet minskat till förmån för de fackliga organisationerna.

Utvecklingen totalt inom sjukvården med alltmer förfinad medicinsk och teknisk utveckling, fortsatt hög och ökande efterfrågan på sjukvård parallellt med höga kostnader, vikande skatteunderlag och ekonomiska problem, speglas på olika sätt i massmedia under första delen av 1980-talet. Politiskt brännbara är frågor om finansiering genom höjda avgifter, alternativt ökad privatisering, vilket aktualiserats på olika sätt. Hur man ska lösa bemanningsfrågor, hur utveckla sjukvårdens inre organisation, vårdformer, vårdutbildning etc är återkommande frågor i sjukvårdsdebatten (jfr Skolöverstyrelsen, 1978, Socialstyrelsen, 1982). Hälsovårdsfrågor och utveckling av samarbete med kommunernas socialtjänst är annat som fått ökad uppmärksamhet och tyngd med de nya lagarna inom dessa områden.

Naturligt är att se läkarna som nyckelpersoner i sjukvården. Deras medverkan behövs för att utveckla förhållandena inom sjukvården och för att genomföra förändringar. De har möjligheter att påverka ekonomin, då deras beslut får ekonomiska konsekvenser. De kan påverka organisationen och arbetsmiljön, då deras beslut om patienterna påverkar den övriga personalens arbete. Som klinikchefer, vårdcentralchefer, distriktsöverläkare etc förväntas de medverka i planering. Deras ansvar för ledning och organisation har betydelse för arbetsmiljön och för vårdarbetets utformning.

Ett av medlen för att göra läkarna mer medvetna om dessa frågor och ge dem bättre förutsättningar att svara mot de krav och förväntningar som ställs, är satsningen på fortbildning i administration. FAL är ett instrument för detta (Landstingsförbundet, 1978, 1982a).

Noter.

1. Ett tredje perspektiv på hälsa och sjukdom är att se relativt, jämförande i relation till andra individer och grupper, till det sociala systemet i stort etc. (jfr Nyström, 1978).
2. Det första egentliga sjukhuset i Sverige var Serafimerlasarettet i Stockholm, som tillkom 1752 och hade 10 bäddar.
3. Det innebar anstaltsvård vid sjukdom, skada och kroppsfel (i den mån ingen annan

svarade för det). Undantag fanns för vård som reglerades genom epidemilagen samt för sinnessjuka, sinnesslöa, fallandesjuka, kroniskt kroppssjuka och/eller konvalescenter. Distriktsbarnmorskor skulle finnas för förlossningar i hemmen.

4. Vård som kräver intagning på vårdinrättning benämns slutna vård. Annan hälso- och sjukvård kallas öppen vård.
5. Inskränkningen av öppen vård vid sjukhus var inte riktad mot landstingen utan mot överläkarna, som fortfarande bedrev öppenvården som sin privataffär mot en symbolisk avgift till sjukhuset, medan den slutna vården var ett åliggande med fast lön. Man hade uppfattat en tendens att läkarna använde allt större tid till öppen vård och inte till intagna patienter, särskilt efter det rätten att ta ersättning av patienter på enskilda rum successivt förhandlats bort hos flertalet huvudmän. Dessa ersättningar förbjöds helt vid landstingens sjukhus i 1959 års sjukhuslag. 1966 noterade Rehnman beträffande läkarnas lönesystem, att enstaka överläkare allmänt ansågs (även bland läkarna) engagera sig för mycket i den öppna vården och i stället överlät allt arbete med den slutna vården och ledningen av kliniken till biträdande överläkaren och de yngre läkarna. Rehnman hade emellertid ett starkt intryck att dessa påståenden gällde enstaka undantagsfall och ansåg det oberättigat att tala om ett allmänt missbruk.
6. I efterhand har konstaterats en överdimensionering i planerna på storsjukhus, som växte fram under 1960-talet. Orsakerna var flera, exempelvis goda konjunkturer, skattekraft, överdrivna föreställningar om befolkningstillväxt samt outvecklade metoder för kostnadsberäkningar. En bidragande orsak, som också nämnts, var läkarnas stora inflytande och intresse för det egna området. Statusskäl nämns också. Stor klinik = högt status (jfr Socialnytt, specialbilaga 1/79).
7. Ett exempel på snabbare genomströmning av patienter är, att trots minskning av antalet platser inom den somatiska akutsjukvården och psykiatriska vården under åren 1965—75 med 900 respektive 1800 vårdplatser, ökade antalet intagna patienter med 2,3% respektive 7,5%. Under samma tid ökade antalet vårdplatser inom somatisk långvård med 17000 samtidigt som antalet intagna patienter stigit med 29000. Källa: Allmän hälso- och sjukvård, LKELP.
8. Bortsett från läkarutbildningen gällde den första vårdutbildningen i Sverige barnmorskor i början av 1700-talet. Sjuksköterskeutbildning tillkom i mitten av 1800-talet. Från början av 1900-talet utbildades i begränsad omfattning mentalvårdspersonal och ålderdomshemsföreståndare. Viss form av utbildning för hjälpvårdsbiträdeskurser startade 1957, dock ej i större omfattning. Först på 60-talet kom vårdutbildningen igång ordentligt, då den byggdes ut över hela landet. Riktlinjer för arbetsuppgifter och utbildning av viss sjukvårdspersonal gavs i den s.k. "Thap-perska utredningen" (SOU 1962:64), som innehöll förslag till ändrad utbildning för sjuksköterskor. Dessa ersattes i t.ex. röntgen, operation, laboratoriearbete mm med medicinskt-tekniska assistenter. Kategorier med kort utbildning omfattande några veckor var ambulanspersonal och biträdespersonal för övervak o.d.. En betydande förändring för vårdutbildningen medförde gymnasiereformen 1971, då landstingen fick huvudansvaret för den utbildning som avsåg vårdområdet.
9. Jag avser här vad som skrivits om organisationen och personalfrågorna samt intervjuer med olika personalkategorier, där jag väl känner igen fenomenen. Se Rhenmans rapport 1966 eller boken "Centrallasarettet" 1967.
10. Spri övertog verksamheten från Centrala Sjukvårdsberedningen (CSB) i socialdepartementet, Rådet för Sjukhusdriftens Rationalisering (SJURA) och Landstingsförbundets organisationsavdelning samt i viss mån Sjukvårdsberedningen, vilka

samtidigt upphörde. Spris syfte blev att främja, samordna och medverka i huvudmännens planerings- och rationaliseringsverksamhet inom hälso- och sjukvården samt socialvården.

11. LKELP 1971 och 1973, därefter LKELP/RUPRO.
12. Karolinska sjukhuset, som fortfarande är statligt, deltar ej i projektet. Uppsala Akademiska Sjukhus, som deltar i FAL-projektet, var vid starten av projektet statligt men har sedermera övergått till Uppsala läns landsting.
13. Heimann (1964) lade fram en lång rad konkreta förslag till förbättringar. Det mesta av detta har genomförts numera, exempelvis utbyggnaden av sjukhem för långvarigt sjuka som avlastar akutsjukvården, förändrad schemaläggning av arbetstider m.m.
14. "Massmedia har kommit att underblåsa obalanserade och onyanserade ställningstaganden vad beträffar läkarna och den medicinska vården. Ensidiga sensationsreportage väcker oberättigad respekt inför och förväntan på läkarvetenskapens möjligheter att bota. Å andra sidan ägnas misstag, fel och andra otillbörligheter begångna av läkare stort utrymme utan att problemen penetreras på ett konstruktivt kritiskt sätt... har denna information en allt-eller-intet-karaktär." (Sundström 1969, s.8)
15. Patientens främlingskap i vårdapparaten och behov av hänsyn och personlig integritet försökte huvudmännen göra något åt under slutet av 60-talet. Landstingsförbundet lät ta fram ett studiematerial, Impuls, vilket användes som underlag för diskussioner i kurser och personalkonferenser för att göra sjukvårdspersonalen medvetna om dessa frågor. Utbildningen kom igång 1970 och en omfattande kursverksamhet genomfördes i början av 70-talet för att skapa större förståelse hos personalen för patientens situation och reaktioner. Då detta intimt hänger samman med vårdpersonalens arbetssituation, kom vårdarbetets organisation och tidspress att uppmärksammas. Askeroth & Sköld (1971) rapporterade bl.a. att tidsscheman, rutiner och regler om vem som får prata om vad med patienten var faktorer som personalen upplevde sig inte kunna påverka.

Kapitel 4. FAL-projektets förhistoria och tillkomst.

Den fragmentariska historiken om sjukvårdens utveckling ger en antydning om att läkarrollen förändrats. En beskrivning, som innefattar vissa författningsändringar, aktiviteter och kringfaktorer som föregått och sammanhänger med FAL-projektet, bedömer jag ska bidra till en bättre belysning av FAL:s kontext och de förändrade kraven på läkarna. I denna historik tas därför upp följande:

- Vissa förändringar i sjukvårdslagstiftningen som berör ledningsfrågor och uppgifter för läkare i ledande ställning.

- Något om administrativ fortbildning för personal inom sjukvården under 1960—70-talen.

- Läkarnas behov av utbildning i administration.

- Uttalanden som belyser synen på läkarna och de administrativa frågorna under 1960—70-talen.

- Kontakt 3-kurser/seminarier för läkare, administratörer och politiker samt kurser i produktionsplanering för läkare.

- Aktiviteter för att åstadkomma administrativ utbildning för läkare.

Beskrivningen bygger på genomgång av offentlig dokumentation samt internt material (protokoll, notat, arbetsanteckningar o.d.) hos Landstingsförbundet och Sveriges Läkarförbund. Materialet har kompletterats genom ostrukturerade intervjuer med 15 personer, vilka varit aktörer i sammanhanget. Beskrivningen av utvecklingen inom sjukvårdslagstiftningen utgår i huvudsak från Rahms (1967, 1973, 1975, 1982) kommentarer kring lagar och kungörelser inom sjukvårdsområdet samt delar av de utredningar och propositioner som Rahm kommenterar.

4.1. Läkarna, ledningen och de administrativa frågorna.

De första generella bestämmelserna för lasarett utfärdades i en kunglig instruktion 1817. Den reviderades 1864 (SFS nr 77) och avlöstes sedermera av lasarettstadgan 1901 (SFS 1901:83). Samhället var vid den tiden patriarkaliskt och auktoritärt. Så även sjukvården. Enligt författningarna var läkaren chef för sjukhuset (sjukstugan). Hans uppfattning om vad som behövdes för att driva

sjukvården avgjorde vilka krav som skulle ställas på organisationen, på sjukvårdsresurserna och utbyggnaden av dessa. Till sin hjälp hade läkaren en husmor (sjuksköterska), som svarade för omsorgsdelen och den biträdande personalen. En syssloman gick tillhanda med de då relativt enkla administrativa sysslorna.¹ Ända in på 1950-talet styrdes sjukhuset av en trojka bestående av läkaren/styresmannen, husmor och syssloman/intendent.

Lasaretsstadgan 1901² gällde tills 1928 års lag trädde i kraft den 1 januari 1929. Dessa och andra författningar medförde en långtgående detaljreglering beträffande ledning och organisation för sjukvården. Enligt 1928 års sjukhuslag (SFS 1928:302) var det en allmän regel att den för sjukvården ansvarige läkaren skulle svara för sjukhusets ledning i egenskap av styresman. Fanns flera läkare vid sjukhuset, skulle en av dem utses till styresman. Vid remissbehandling av lagförslagen hade yrkats på möjlighet att tillsätta en icke läkare som ekonomisk styresman, men det genomfördes inte. Efter ansökan hos Konungen kunde dispens erhållas för speciell ekonomisk organisation vid visst sjukhus.³

Frågan om sjukhusens ledning prövades vid 1940 års revision av sjukhuslagstiftningen. Den medicinska och tekniska utvecklingen och en ökad belastning på sjukhusen medförde ökade krav på ansvariga läkare. 1938 års hälso- och sjukvårdssakkunniga ifrågasatte, om det skulle bli möjligt för ansvarig läkare att framdeles ensam ansvara inför direktionen för både vården och den alltmer omfattande ekonomiska förvaltningen. Oavsett vad som gällde formellt, förekom det i praktiken att det var sysslomannen, som föredrog ärenden rörande den ekonomiska förvaltningen för direktionen.

”Särskilt torde detta vara fallet vid sjukhus, där läkaren-styresmannen, vid vars tillsättning hänsyn i stort sett uteslutande tagits till vederbörandes kompetens såsom läkare, står mera främmande för ekonomiska förvaltningsfrågor.” (Rahm 1975, s.76).

Sakkunnigas förslag medförde ingen ändring i ledningsfrågan.

1943 tillsattes en sjukhusutredning. I dess betänkande VIII ”Rationalisering av sjukhusdriften” (SOU 1955:12) behandlades frågan om lasarettens ledning ingående. Utredningen ansåg att det var möjligt med personlig ledning på mindre lasarett, men för större sjukhus var det nödvändigt med andra åtgärder. Sjukhuslagstiftningskommittén skrev bl.a.

”Administrationn av ett stort sjukhus har blivit alltmer komplicerad. Medicinens snabba utveckling påverkar oavslåeligt sjukhusen och deras verksamhet. Krav på omDispositioner, utvidgningar och nya specialavdelningar reses och måste utredas. Detsamma gäller nya hjälpmedel och ökade personalresurser. Planeringsarbetet är krävande men betydelsefullt. Driftkostnaderna har nått en tidigare oänsad höjd, vilket kommit den ekonomiska sidan av verksamheten att kräva ständigt ökad uppmärksamhet. Rationaliserings- och förenklingsåtgärder måste ständigt eftersträvas men förutsätter tid, intresse och kunskaper. Det framstår därför som allt angelägnare att tillföra åtminstone de större sjukhusen en mera kvalificerad ledning än nuvarande ordning medger. Det måste bli möjligt att för chefsposterna förvärva kvalificerade personer som helt kan ägna sin tid åt ledningen.” (Rahm 1975, s. 78).

Beträffande styresmannens uppgifter befanns en punkt vara av särskild betydelse:

”Det finns f.n. inga föreskrifter som ens antyder att styresman i sitt handlande har att beakta ekonomiska synpunkter. Med hänsyn till styresmannens egenskap av läkare är det så mycket angelägnare att det ges uttryck åt att han också är skyldig beakta dylika synpunkter.” (Rahm 1975, s.84).

I 1959 års sjukhuslag (SFS 1959:112) bestämdes att ledningen av sjukhus skulle utövas under direktionen av en särskilt tillsatt sjukhusdirektör eller en läkare vid sjukhuset som styresman. Vid sjukhus med styresman skulle den ekonomiska förvaltningen ledas av en sjukhusintendent. Om sjukhusdirektören inte var läkare, skulle en läkare vid sjukhuset förordnas att som chefsläkare biträda sjukhusdirektionen i medicinska angelägenheter. 1959 års lag och stadga gällde liksom föregående sjukvården inom sjukhus. 1962 byttes lagen ut mot *sjukvårdslag* (SFS 1962:242). Sjukhusstadgan ersattes 1963 med Kungl. Maj:t sjukvårdsstadga (SFS 1963:70), vilken då omfattade också den öppna läkarvården utanför sjukhus.

Sjukhusens ekonomiska förvaltning togs återigen upp av 1969 års utredning. I praxis hade visat sig, att det inte alltid var mest rationellt att låta en sjukhusintendent på sjukhuset svara för den ekonomiska förvaltningen och ha hand om alla de uppgifter, som sjukvårdsstadgan lade på denne. ADB-teknikens utveckling kom under 60-talet att leda till en ökad centralisering av administrationen från sjukhusen till landstingens kanslier. Här kan klart skönjas en centraliseringstendens, som börjat göra sig gällande beträffande styrning och administration vid denna tid. På många håll genomfördes också nya organisationsformer lokalt, varvid nya administrativa tjänster tillkom (jfr Rhenman, 1966). Från att tidigare i huvudsak ha haft att kommunicera med ett fåtal personer inom sjukhuset i administrativa frågor utökades klinikchefens kommunikationsnät till flera ”specialister” inom ekonomi-, personal-, inköpsfunktioner etc.

”Genom utnyttjande av ADB-teknik kan bokföring, löneutbetalningar, förräds- och materialstyrning m.m. med fördel ombesörjas centralt för hela sjukvårdsområdet, vilket medför en minskning av de ekonomiskt-administrativa göromålen vid sjukhusen. Planering och genomförande av byggnadsarbeten styrs också i stor utsträckning från särskilda byggnadsavdelningar vid landstingskanslierna. I samband härmed har på flera håll nya organisationsformer för den lokala sjukhusförvaltningen genomförts, vilka i praktiken innebär att sjukhusintendentens uppgifter i praxis övertagits av befattningshavare av varierande typ, såsom administrativ direktör, driftchef, kontorschef, kamrer, personalchef o.s.v. Detta har också motiverats av behovet av specialutbildade befattningshavare för de olika administrativa funktionerna.” (Rahm 1975, s. 87)

Överläkarens/klinikchefens engagemang i ekonomiska spørsmål ökade genom införandet av kostnadsställedovisning, som gjorde att kostnaderna belastade respektive enhet.

1970 års lagrevision medförde betydande förändringar beträffande läkare

och klinikledning. Tidigare skulle det finnas endast en överläkare vid varje klinik eller avdelning. Denne var ansvarig för sjukvården inom sitt område och var då både administrativ och medicinsk chef för kliniken eller avdelningen. Detta ledde till att sjukhusen uppdelades på ett stort antal kliniker, vilket var en allvarlig olägenhet ur organisatorisk synpunkt. Lagändring, gällande fr.o.m. 1971, medförde att överläkarens automatiska funktion som klinikchef upphörde och att flera överläkare kunde finnas inom samma klinik.⁴ Nybildningen av kliniker kunde nu begränsas och befintliga kliniker kunde sammanlösas. Möjlighet gavs också att inom större sjukhus minska antalet administrativa enheter under sjukhusledningen genom att föra samman kliniker i block. Om det fanns bara en överläkare inom kliniken, blev denne automatiskt klinikchef.

”Klinikchef är överläkare vid kliniken. Finnes flera överläkare vid kliniken förordnas en av dem till klinikchef. Till blockchef förordnas en av klinikcheferna inom blocket. Är distriktsläkare inordnade i block får även distriktsöverläkare inom blocket förordnas till blockchef. Förordnande som här avses meddelas av sjukvårdsstyrelsen i högst fyra år. (SjvK 1972:676, § 13).

Blockchefens respektive klinikchefens uppgifter framgick av sjukvårdskungörelsens §13 och §14. I första hand gällde det att leda, planera och samordna verksamheten inom blocket respektive kliniken, samt att se till effektivt utnyttjande av befintliga resurser. Ansvar gavs också för att direktiv och riktlinjer följs och att personalen noggrant fullgör sina åligganden. Utvecklingsansvaret ligger i kravet på att lämna förslag till åtgärder som behövs för att främja verksamheten och utveckling av denna. Här ligger också ett klart uttalat ekonomiskt ansvar på blockchef och klinikchef, som ska se till att verksamheten bedrivs så ekonomiskt som möjligt.

Av dessa utdrag angående läkarnas författningssenliga ledningsansvar och de uppgifter, som förändrades eller successivt lades på dem, framgår att utvecklingen successivt medförde andra och ökade krav på kunskaper i ekonomiska och andra administrativa frågor hos läkarna, främst för läkare i ledande ställning. Vad blev då följderna av detta i utbildningshänseende?

4.2. Läkarnas behov av utbildning i administration.

Läkarutbildningen är helt inriktad på läkarnas medicinska uppgifter och forskning inom området. Huvudpersonerna i sjukvården är patienten och läkaren. Man kan här tala om en tvåpartsrelation, för vilken läkare utbildades och fortfarande utbildas medicinskt. Att bota sjukdomar eller, om bot inte är möjlig, ge lindring och tröst, att göra något för patienten är den innersta kärnan i läkar-

etikens krav. Organisationen omkring kom till som hjälpmedel till läkargärningen, för att svara för patienternas timliga omsorg och ge läkaren erforderlig service samt att efter läkarens ordination utföra behandling av patienter. Läkaren blev chef, men någon särskild utbildning för ledningen och administrativa uppgifter förekom inte tidigare i läkarutbildningen.

Dagens läkarutbildning fick sin principiella utformning genom riksdagsbeslut 1954. Dåvarande läkarutbildning hade i stort sett varit oförändrad sedan 1907. Efter 1969 ingår *vidareutbildning och efterutbildning* för läkare. En kort översikt ges i bilaga 7.

Svenska Läkarsällskapet anordnade under slutet av 1950-talet och början av 1960-talet s.k. styresmannakonferenser en å två gånger per år. Syftet med dessa var att styresmän, chefsläkare och överläkare skulle få en inblick och utbildning i frågor kring administrativa och organisatoriska problem, som förekom vid sjukhusen. Deltagarantalet var begränsat till 20—30 per konferens. Inom läkarförbundets styrelse blev man snart medvetna om att det var otillräckligt såväl kvantitativt som innehållsmässigt.

Behoven av administrativt och utbildad ledning inom sjukhusen löstes under 1960-talet, som tidigare nämnts, till en del genom att sjukhusdirektörer och andra administratörer anställdes. Det förändrade organisationen. I många fall uppstod motsättningar och misstroende mellan läkare och administratörer. Bland huvudmän och planerare blev man tidigt medveten om behovet av "att komma till tals med läkarna" och att läkarnas medverkan var nödvändig för rationalisering och utveckling av sjukvårdens organisation. Svårigheter uppfattades, vilket av sjukvårdsplanerare uttryckts enligt följande:

"För att kunna göra avvägningar mellan läkarnas och teknokraternas förslag behövde administratörerna kunskaper om medicinska sammanhang. Läkarna, som dittills inte hade blivit nämnvärt störda i sina kungadömen, var emellertid inte villiga släppa till sådan kunskap." (Socialnytt, specialbilaga 1/79, s.7)

Samarbetet fungerade dåligt. För att motverka det ville man införa någon fortbildning i administrativa frågor för läkare. En livlig debatt uppstod, där tonen växlade mellan vädjan om förståelse och mer bitska inlägg. Bl.a. framgår det av debattinlägg i Läkartidningen under ett decennium. Några citat kan illustrera tongångarna:

"Läkarna och administratörerna — alla sjukvårdsarbetare måste visa respekt för varandras känslor...en övervärdering av den egna rollen (patientens beroende av läkaren) ibland på gränsen till ringaktning för andras arbete." (Fält i Läkartidningen 1970:31, s. 3448—3450).

"Vad vet sjukvårdens administratörer om sjukvård? ...administrativ utbildning för läkare. Det är förvånande att ett motsvarande behov för sjukvårdsadministratörerna att veta något om praktisk sjukvård så föga beaktats... Få saker kan mera skada sjukvårdens utveckling än ett framväxande främlingskap mellan administratörer och läkare. Man måste erkänna beroende, måste tala samma språk, åstadkomma balans om infly-

tande bestämmanderätt.” (Risholm i Läkartidningen 1970:13, s. 1450—1452).

”Det svenska sjukhusväsendets bekymmer började, när man ersatte den gamla ordningen, som bestod av läkare som styresman och intendent och sysslomän, med sjukhusdirektörer och chefsläkare och därmed satte bocken till trädgårdsmästare. Ett sjukhus bör ledas av en ledande kliniker.” (Biörck i Läkartidningen 1980:6, s.405).

Problemen uppfattades både på huvudmannasidan, hos ansvariga administratörer och hos läkarna, men man kan anta att det skedde från olika utgångspunkter och intresseområden, vilket följande intervjuцитat visar:

Sjukhusdirektör: ”Vi började tidigt på 60-talet att diskutera den här situationen att skatten steg hela tiden...vi ville satsa på bättre resursutnyttjande och på personalutveckling... det var självklart att vi måste ha läkarna inne på det här med resursutnyttjande...”

Läkare: ”Funderingarna omkring administrativa frågor och behov av administrativ utbildning (för läkare) var en latent fråga under många år... Alla människor visste från det dagliga livet, att läkarna ständigt inblandades i dom administrativa frågorna. På 60-talet förde man ut kostnadsställedovisning. Då ville man ha förståelse hos läkarna, att man behövde forma det här materialet och redovisningen på sånt sätt att det var bearbetbart... Men det var nog olika med öppenhet/slutenhet från läkarhåll...berodde nog mycket på personliga drag.”

Sjukhusdirektör: ”Som sjukhusadministratör hade jag bl.a. upptäckt hur kolossalt okunniga läkarna var om den administrativa organisationen, om den organisation där sjukvården bedrevs...inte generellt, men det var väldigt allmänt utbrett... Det försvarade samarbetet mellan oss administratörer och läkare. Vi förstod inte varandra. Vi förstod inte att dom inte förstod, vad vi talade om. Dom (läkarna) var ofta väldigt negativa beroende på att dom tyckte det var alldeles onödigt många gånger det vi tog upp med dom.”

Läkare: ”Under 60-talet diskuterade vi i läkarförbundets styrelse om hur skapa effektiva meritunderlag för läkartjänster. Det skrevs en promemoria till landstingsförbundet med begäran att ta upp diskussioner om administrativ utbildning för läkare... Politikerna svarade ju opp med att förstärka sitt inflytande genom heltidsanställda landstingsråd, ordförande i direktioner och sånt där... Sjukvården blev ett samhällsorgan. Sen blev ju den institutionaliserade sjukvården den enda formen. Öppenvården och provinsialläkarväsendet — tynade bort både kvalitets- och kvantitetsmässigt och man fastnade för den tekniska sjukvården på institution. Men doktorerna följde aldrig med i den utvecklingen. Dom stod kvar på den här individuella terapeutiska nivån. På gott och ont — gott för patienterna, men till systemet var liksom aldrig doktorerna med.”

Läkare: ”Vi tyckte vi hade väldigt dåligt på fötterna, när det gällde administrativt kunnande. Historiskt så var det ju den gamla styresmannen som agerade och var nån slags kung. Men det insåg vi redan då, att det skulle komma mängder av grejer som gjorde att den tillvaron, despotism eller vad vi ska kalla det — den var ju förbi.”

Administratör/planerare: ”Vi talade om behovet av att läkarna, som plockades upp och fick självständigt ansvar, också skulle få kompletterande utbildning och förstärkning av kunskaper och erfarenheter som det var frågan om... Samtidigt skulle man börja bedriva forskning på området. Man måste också titta på de utredningar som låg till grund för lagstiftningens förändringar...Det administrativa och det medicinska ansvaret markerades och man skilde det åt.”

Läkare: ”Det startade inom landstingsförbundet... Våra medlemmar tyckte att dom utsattes i tjänsten för krav, som dom inte kunde motsvara med den normala utbildning dom får.”

De administratörer, som anställdes, behövde också fortbildning. Såvitt jag kunnat finna, fanns inte utbildning i administration med inriktning på sjukvård vid denna tid i Sverige med undantag för SIHUS (högre utbildning för sjuksköterskor)⁵ och samnordiska kurser i sjukhusadministration (cirka 2 mån.) vid Hälsovårdshögskolan i Göteborg.⁶ Inom landstingsförbundet arbetades intensivt för att bistå sjukvårdshuvudmännen i utvecklingen med bl.a. utbildningsplanering och satsning på fortbildningsverksamhet för både förtroendemän och personal. Seminarier, kurser och konferenser anordnades. Dessa riktade sig främst till personal med administrativa uppgifter. Landstingens Rationaliseringskola, s.k. LARS-kurser utvecklades. Dessa rekryterade i första hand deltagare bland organisationschefer, sjukvårdsföreståndare och utredningssekreterare/rationaliserare ute i landstingen och på de större sjukhusen. Kurser med inriktning på ekonomi, personaladministration o.d. tillkom med administrativ personal som målgrupper. Arbetsledarutbildning utvecklades för sjuksköterskor och annan linjepersonal, men läkarna hörde inte naturligt till dessa målgrupper. Utbildning om samråd och företagsnämndsfrågor blev relativt omfattande. En kurs/konferensverksamhet kallad Kontakt 3 tillkom sedermera för läkare. Till detta återkommer jag.

Utbildningskraven kom att omfatta allt fler personalkategorier och antalet, som behövde utbildning, var stort. Behoven kunde omöjligt tillgodoses genom centralt anordnade kurser. Värdet av att knyta utbildningen till den egna arbetsplatsen blev också alltmer uppenbart. En trestegsstrategi valdes:

- 1) Studiematerial togs fram av Landstingsförbundet.⁷ Det innehöll teoriavsnitt med kompletterande studiehandledning och hjälpmedel, exempelvis stordia, bild- och ljudband o.d.

- 2) Studiehandledare utbildades i centrala eller regionala kurser.

- 3) Utbildning genomfördes lokalt i anslutning till arbetsplatsen. Delar av "studiepaketet" kunde användas för diskussioner i personalkonferenser, introduktionskurser och liknande.

Dessa studiematerial, med undantag av "Kontakt 3" var i första hand riktade mot andra personalgrupper än läkare. I vissa fall förväntades läkarna delta, speciellt i kurser om samråd och i kurser som handlade om relationer mellan patienter och vårdpersonal (Impuls). Huruvida det skedde i någon större utsträckning har inte kunnat följas upp så här långt efteråt.

Fortbildning i administration för läkare med arbetsgivarens medverkan syns ha börjat i samband med en utredning som Sveriges Läkarförbund lät genomföra angående sjukhusläkarnas arbetsförhållanden (USA-utredningen). I samarbete med Örebro läns landsting anordnades då två försökskonferenser om administrativa frågor för klinikchefer. Ämnets relevans och aktualitet bestyrktes. Deltagarna uttalade förhoppningar om att i princip skulle varje administrativ överläkare få delta i liknande konferenser.

En bedömning av målgruppens storlek väckte frågan om hur man snabbt och

bra skulle kunna nå ut till alla. Representanter för läkarförbundet och landstingsförbundet bedömde att en tvåstegsutbildning skulle vara den mest effektiva och det snabbaste sättet att nå ut med sådan fortbildning. Fem arbetsgrupper med administrativa och medicinska experter fick i uppdrag att utarbeta ett textmaterial.⁸ Arbetet resulterade i studiematerialet "Kontakt 3". Det skulle användas som underlag för lokala diskussioner och kurser i administrativa frågor för läkare. Intentionerna var att politiker och administratörer skulle medverka i kurserna.⁹ Vid introduktionen av "Kontakt 3" konstaterade Landstingsförbundet:

"Under de senaste åren har stora förändringar, som helt eller delvis förändrat förutsättningarna för läkarnas medverkan i sjukvården, genomförts eller planerats... Dessa förändringar i ramen kring läkararbetet syftar till en effektivisering och rationalisering av sjukhusets medicinska och administrativa funktioner. Självfallet kan denna rationalisering inte genomföras utan läkarnas medverkan." (Landstingsförbundet: Introduktionsbroschyr "Kontakt 3", 1968).

Vid en läkarkonferens i hemstaden Linköping 1968 redogjorde en överläkare för sina erfarenheter från den första Kontakt 3-kursen:

"Mina egna intryck efter denna vecka var att det kommer att krävas mycket stora administrativa insatser av läkare i framtiden på bekostnad av överläkarens egna sjukvårdsinsatser. Han kommer att få ägna sig mer åt att organisera sjukvården än åt sjukvårdsarbete. Vilket som gagnar patienten mest kan givetvis diskuteras, men jag tror det är viktigt med en debatt i dessa frågor och ett engagemang från läkarnas sida. Vet inte läkarna hur man vill ha det ordnat på rationellast möjliga sätt vet inte heller huvudmannen. Jag tror också att vi under de närmaste 10-tal åren kommer att få en organiserad utbildning av läkare i administrativa frågor. Frågor som kan diskuteras i anslutning till detta material är om man skall ha ett Medical board under chefsläkarens ledning, om man skall heltidsanställa läkare i administration inom landstingen. Jag anser att landstingsförbundet och läkarförbundets initiativ för att stimulera debatten är lovvärd." (Nilsson 1968, ej publ. manuskript).

Cirka 3 000 läkare beräknas ha deltagit i Kontakt 3-kurser under åren närmast 1968. En vanlig omfattning var 5 dagar. Målsättningen för Kontakt 3-aktiviteterna var i första hand att inom läkarkåren stimulera intresset och vidga förståelsen för de administrativa och planerande uppgifternas stora betydelse i den moderna sjukvården. Ledande politiker och administratörer inom respektive landsting/sjukvårdsområde inbjöds, varigenom möjlighet gavs att utveckla en dialog mellan dessa och läkarna. Kontakt 3 blev upptakten till ett fortsatt intensivt arbete och debatt kring behoven av administrativ utbildning för läkare, både på huvudmannasidan och i ledande läkarkretsar, såväl inom läkar- och specialistföreningar som inom läkarförbundet centralt.

Den 24 januari 1968 beslöt arbetsutskottet av Sveriges Läkarförbunds styrelse att tillsätta en arbetsgrupp för utredning av frågeställningar kring utbildning i sjukvårdsadministration för läkare.¹¹ Följande frågor skulle utredas:

1) Vilken administrativ utbildning är erforderlig för olika kategorier av läkare?

- 2) Lämplig omfattning och organisation av denna utbildning?
- 3) Vem bör bära ansvaret och kostnaderna för utbildningen?
- 4) Meritvärdet av sjukvårdsadministrativ utbildning?

Arbetsgruppen redovisade att behovet av sjukvårdsadministrativ utbildning för olika kategorier skulle bli beroende av den framtida sjukvårdsorganisationens utformning. Vid denna tidpunkt var det en öppen fråga, hur den administrativa organisationen skulle struktureras. Man förväntade dock att huvudmännen skulle sträva mot en integrerad organisation inom sjukvården. Tilltagande specialisering skulle medföra större beroende mellan komponenter och den relativa resursknappheten skulle göra det nödvändigt att utnyttja resurserna maximalt genom samverkan. Sammanfattningsvis bedömde arbetsgruppen att det behövdes ökad administrativ utbildning för läkare.¹² Bortsett från samhällets krav såg man också att det var av kärpolitiskt intresse för läkarna att vara administrativt utbildade.

Sedan läkarförbundets utredning fastslagit behoven av administrativ utbildning för läkarna, avsändes den 21 maj 1970 ett brev från Sveriges Läkarförbund till Svenska Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet. Där i hemställdes att sjukvårdshuvudmännen ska vidta åtgärder för att åstadkomma ytterligare sjukvårdsadministrativ utbildning för läkare, utifrån läkarförbundets promemoria i ämnet samt i samarbete med förbundet. (Landstingsförbundet Dnr 1051/70, reg. 22.5.70)¹³

Skrivelsen uppges ha lottats på landstingsförbundets utbildningsavdelning, där det togs om hand av den sektion som behandlade läkarutbildningen. I intervjuer har uttryckts uppfattningen att man där i förstone inte var primärt intresserad av frågan. De ansåg att läkare ska lära sig medicin, inte administration. Dessutom pågick inom en annan sektion av utbildningsavdelningen utredningar angående administrativ utbildning för sjukvårdssektorn. Ansträngningarna intensifierades första halvåret 1970 för att få till stånd en utbildningsgång inom hälso- och sjukvård. Ett förslag lades fram, som ansåg att lösa administrativa utbildningsfrågor för sjuksköterskor. Utbildningen ansågs även kunna bli lämplig som grund-, fort- eller vidareutbildning för administratörer utan vårdutbildning. Den skulle också kunna inpassas som en avslutande del av en filosofisk grundexamen.

Efter beslut i förbundsstyrelsen hade till Universitetskanslerämbetet (UKÄ) överlämnats ett ramförslag till en yrkesinriktad utbildningsgång för administratörer inom hälso- och sjukvård omfattande 40 poäng.¹⁴

Syftet ansågs vara att denna utbildning skulle få sådan utformning och studieorganisatorisk uppbyggnad att den helt eller delvis skulle vara tillgänglig och avpassad även för annan personal med administrativa arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård än de primära målgrupperna. Det uttrycktes även förhoppning om att delar av denna utbildning skulle bli lämplig för läkare. En expertgrupp tillsattes av UKÄ i juni 1971 för att utforma en studieplan för denna sjuk-

vårdsadministrativa utbildning.

Läkarförbundets framställning om åtgärder för administrativ utbildning åt läkare besvarades den 4 oktober 1971 i en skrivelse undertecknad av dåvarande chefen för landstingsförbundets utbildningsavdelning. Besked gavs däri om de ansträngningar som gjorts samt att man avvaktade UKÄ:s förslag.

”Med anledning av pågående studieplansarbete inom Universitetskanslerämbetet avser landstingsförbundet därför tillsvidare avvakta det slutgiltiga resultatet av detta arbete innan ytterligare initiativ tas till en lösning av läkarnas administrativa utbildningsfrågor.” (Landstingsförbundet Dnr 1051/70, reg. 711014)

Ytligt sett hände ingenting mellan 1970 och 1974 beträffande utveckling av administrativ utbildning för läkare. Under ytan försiggick dock vad man kan benämna aktiva strömmar i form av propåer och informella diskussioner mellan fackligt aktiva läkare och tjänstemän inom landstingens utbildningsverksamheter. Kontakt 3-kurserna, som påbörjats 1968, fortsatte in på början av 1970-talet. Många läkare blev intresserade och ville ha mer utbildning. Faktorer som också drev på var erfarenheter från fortbildningen av andra grupper, bl.a. inom rationaliseringsutbildningen.

1970 startade en översyn av landstingsförbundets engagemang i organisations- och rationaliseringsutbildningen. Arbetsgrupperna i denna hade bred förankring ute i skilda landsting. Resultatet av detta blev en systematisk uppdelning av målgrupper, samt uppdelning av utbildningsinnehållet i moduler med utgångspunkt från delområdena

- 1) ADB — automatisk databehandling,
- 2) AR — administrativ rationalisering,
- 3) PTR — produktionsteknisk rationalisering.

I första etappen utvecklades ett detaljerat utbildningsmaterial avseende AR-utbildning, som färdigställdes 1972 och fick namnet RESURS.¹⁵ Erfarenheterna från denna kursverksamhet ute i landstingen gav upprepade bekräftelser på att läkarna var nyckelfigurer och ”en kritisk resurs” i organisations- och rationaliseringsfrågor. Dittills hade rationaliseringsverksamheten sysslat främst med rutiner för transporter, kök etc, alltså kringresurser, men alltmer växte behovet fram att engagera läkarna i utvecklingsarbetet.

Under benämningen ”Produktionsplanering för läkare” genomförde landstingsförbundet 1971 och 1972 ett par försöksseminarier som fördjupning av de tidigare Kontakt 3-kurserna. 1973—74 genomfördes några landstingslokala kurser i produktionsplanering för läkare. Andra konferenser med läkare hölls, en typ av prioriteringskonferenser, vilka närmast kan betraktas som uppföljning eller fortsättning på de diskussioner som förts i Kontakt 3-kurserna. Frågor som diskuterades var mestadels sjukvårdsutvecklingen, exempelvis var man skulle lägga resurserna. Erfarenheter från dessa gav vid handen att attityder och värderingar var ett hinder för samarbete och utveckling.

”Man konstaterade att läkarna hade bristande kunskaper och deltog inte i landstingens utbyggnad med andra personalgrupper. Det uppfattades så att läkarna inte ställde upp. Här var en attityd som måste brytas. Intresse måste skapas så man fick dem motiverade.” (Ur intervju med utbildare).

I seminarier och konferenser med läkare anlätades som föreläsare i stor utsträckning läkare med intresse för de aktuella frågorna, vilka själva hade deltagit i utveckling av system inom sina respektive områden. Utbildningsledarna uppfattade tydligt, att budskapen ”gick bättre hem då” och att läkarna hellre lyssnade till föreläsare ur de egna leden än till andra specialister.¹⁶

Vid produktionsseminariet 1971 tog en föreläsare (överläkare) upp frågor om resursstyrning och läkarens roll i det avseendet samt värderingarnas betydelse.

”Styrning är ett obehagligt ord och varje gång man nämner det i läkarkretsar får man protester. Man tycker inte om att bli styrd. Men vad är det som styr oss starkast? Är det inte våra värderingar?... Vi har framför allt de professionella värderingarna, där man värnar om yrkesfrihet och anser sig ha monopol på kunskap. Man är ofta obenägen att diskutera på jämställd fot med personer utanför den professionella gruppen. Det leder ibland till en viss arrogans och onödiga motsättningar mellan sjukvårdande och administrativa grupper exempelvis. Hela detta område är nödvändigt att ställa under debatt.” (Hellewig 1971, s.38—39).

De medicinska cheferna intar en nyckelposition både ifråga om att göra upp planer och följa upp planerad sjukvård. Resursernas användning blir beroende av deras beslut. Vid produktionsseminariet 1972 pekade en sjukvårdschef på en av den svenska sjukvårdens märkliga företeelser:

”...att man accepterar att resurserna för sjukvården är begränsade i sin huvudplanering, men inför den enskilda patienten finns ingen begränsning i resursutnyttjande. Likaså att den individ som kommit innanför sjukhusets väggar ges fortsatt prioritet till resurserna även sedan hans vårdbehov blivit betydligt mindre än dens, som ännu inte fått komma in.” (Hultin i Hellewig 1972, s. 23).

Diskussionerna om resursanvändningen o.d. måste i stor utsträckning föras bland läkarna och slutsatserna göras — eller i varje fall accepteras av dem. Hultin såg som det viktigaste att få en radikal omorientering i läkarkårens inställning till sjukvårdsadministrativa uppgifter och en däremot svarande effektiv utbildning i dessa ämnen, både under grund- och vidareutbildningen.

Läkarförbundets styrelse drev på i frågan. Vid en Spri-konferens för organisationschefer 1973 anförde läkarförbundets ordförande bl.a.

”Det är en av mina käpphästar att man ägnar alldeles för lite uppmärksamhet åt utbildning av läkare i administration. En sådan utbildning ska enligt min uppfattning börja redan under läkarnas grundutbildning. Oberoende av vilken befattning läkarna kommer att få, måste en viss kunskap i administrativa frågor vara nödvändig... En formaliserad utbildning finns ej och det innebär att många läkare saknar kunskap... Läger man ansvar på läkare för administrativa uppgifter så kommer läkarna att ta på sig detta ansvar. Ökar man möjligheterna för utbildning, ökar kunskaperna och därmed intresset.” (Nils-son 1973, ej publ. manuskript).¹⁰

Fackligt aktiva yngre läkare kämpade för administrativ utbildning och medverkade till att Läkartidningen ägnade hela nr 47 år 1974 åt huvudsakligen utbildning. I rundabordsamtal¹⁸ refererat däri uttalade SYLF:s representant:

”Jag skulle vilja se den administrativa utbildningen som något slags strimma genom hela utbildningen, ungefär som när öppenvårdsfolket kräver att deras betraktelsesätt skall in litet överallt.” (Läkartidningen 1974:47 s. 4750)

”Strimman” kom sedan att bli ett begrepp i de fortsatta diskussionerna om en ändring av läkarnas grund- och vidareutbildning, så att administrativa inslag lades in (jfr UHÄ, 1982:16).

Arbetsgivarsidans ställning i frågan uttryckte landstingsförbundets dåvarande ordförande, Kurt Ward:

”Att landstingsförbundet och landstingen har ett positivt intresse för frågorna som rör läkarnas utbildning tycker jag inte man kan ta miste på... Men läkarna måste då själva också kunna vara öppna för att dagens sjukvårdshierarki inte kan bestå i alla enskildheter, att kraven för deras del inte kan ställas högre än andra grupper och att arbetsmiljöerna med nödvändighet måste bli fler och annorlunda än de dagens slutna sjukvårdssystem i olika hänseenden erbjuder.” (Läkartidningen 1974:47, s. 4813).

Inom landstingsförbundets fortbildningssektion (som ingår i personalpolitiska avdelningen) var man väl medveten om läkarnas krav på utbildning i administrativa ämnen. Erfarenheterna från de ovan nämnda seminarierna i produktionsplanering för läkare gav medvetenhet om läkarnas kunskapsbehov för administrativa uppgifter och även insikt om att man i de administrativa utbildningarna inte tog hänsyn till läkarnas speciella funktion och roll, så att utbildningen länkades till denna. Ett idékoncept för diskussion om läkarrollen i administrativt hänseende utformades.

Fortbildningssektionen gjorde starka påtryckningar uppåt, speciellt vid utveckling av planer och i budgetarbetet, där de drev förslag om administrativ utbildning för läkarna. Något riktigt gehör vanns inte för detta förrän efter Läkartidningens utbildningsnummer hösten 1974, då även politiker involverats i diskussioner.

Det förefaller som om Läkartidningen 1974:47 fungerade som något slags startraket för fortsatt intensifierat arbete för att åstadkomma begärd utbildning i administration för läkare. En grupp ”aktörer” inbjöds av landstingsförbundet att som idégrupp¹⁹ delta i överläggningar om detta. Gruppen träffades första gången den 26 november 1974. Vid fortsatta överläggningar 6—7 februari 1975 i villa Högudden, Lidingö, konstaterade gruppen att det till största delen var ett gemensamt intresse, ett starkt sådant, att läkarna tillgodoser sina administrativa fortbildningsbehov. Gruppen ansåg det också viktigt att under arbets gång föra prioriteringsdiskussioner beträffande målen för fortbildningsinsatserna. Helt ense var gruppen också om att

”...parallellt med att utbildningsbehov/innehåll etc. analyseras även olika pedagogiska möjligheter/lösningar diskuteras. Härigenom ges en beredskap för bl.a. konkret materialframställning.” (Ur minnesanteckningar 1975—03—04, s.5, efter stenografiska notat).

En av deltagarna vill minnas att det rörde sig mycket om att framställa skriftligt material (intervju), men av notat framkommer att det ”inte gällde att producera någon ny lärobok” eller dylikt, utan snarare att utnyttja befintligt material kompletterat med olika anvisningar. Eniga var också gruppen om vikten av att kunskaperna i ekonomi, organisation och planering skulle förmedlas så att de upplevdes praktiskt användbara.

Det fortsatta arbetet med analys och planering kom att läggas på fortbildningssektionen som utarbetade underlag för fortsatta diskussioner. En PM ”Fortbildning i administration för läkare — tankar och förslag” utformades till en enkät, som i april 1975 skickades ut till 120 personer, varav hälften läkare och hälften administratörer. 26 läkare och 29 administratörer svarade inom 14 dagar. En sammanfattning av svaren på enkäten visade att majoriteten av de svarande var klart positiva till att läkarna ges grundläggande kunskaper och färdigheter i administration. I begreppet administration hade då inlagts organisation, planering, ledning, personalfrågor/utveckling och ekonomi.

Nämnda enkät sågs som ett slags ”marknadsundersökning” för att utröna intresset hos läkare för dylika kurser. Knappt hälften hade svarat inom den önskade tiden, men dessa svar bekräftade de utbildningsbehov, som redovisats i en sammanfattning av det som getts uttryck för i utredningen om rationaliseringsutbildning, samt i andra tidigare utbildningar och konferenser. Utifrån enkätsvaren och denna redovisning lade landstingsförbundets fortbildningssektion fram förslaget, att ett projekt borde organiseras för att åstadkomma den begärda utbildningen.

Efter kontakt med Sveriges Läkarförbund, Socialstyrelsen och Spri etablerades i augusti 1975 ett gemensamt projekt: ”FAL — Fortbildning i Administration för Läkare”.

Noter.

1. Sysslomannens (sedermera sjukhusintendentens) ställning reglerades i 1928 års sjukhusstadga. Där fastslogs att sysslomannen skulle:
”under direktionens förmanskap och styresmannens överinseende handha lasarettets ekonomiska förvaltning och därmed i sammanhang stående angelägenheter ävensom att under styresmannens förmanskap övervaka ordningen inom lasarettet samt mathållningen ävensom hålla uppsikt över underordnad personal.” (Rahm 1975, s.75)
2. Lasarettssadgan 1901 gällde lasarett och sjukvårdsinrättningar med minst 25 sängar, vilka ägdes eller delvis hölls av landsting eller stad som inte ingick i landsting.

3. I storstäderna men inte i landstingen, utnyttjades möjligheten att tillsätta sjukhusdirektör för hela förvaltningen. I storstäderna, Stockholm, Göteborg och Malmö, var det relativt lätt att få till stånd en gemensam förvaltning genom att sjukhusen var koncentrerade till ett begränsat geografiskt område. Där utsågs en förvaltningschef för stadens samtliga sjukhus. Sådan befattning benämndes sjukvårdsdirektör i 1959 års sjukhuslag.
4. I den äldre lagstiftningen var begreppen överläkare och klinikchef identiska och några beslut om förordnande av klinikchef var därför inte erforderliga. (Rahm 1975, s. 180).
5. Vid SIHUS, Statens Institut för Högre Utbildning för Sjuksköterskor, utbildades bl.a. översköterska, husmor, sjukvårds- och klinikföreståndare.
6. I mars 1965 framlade en nordisk komité förslag till viss samnordisk utbildning av sjukhusadministratörer (publicerat i Nordisk utredningsserie 1965:6). Med anledning av detta förslag anordnades samnordiska kurser i sjukhusadministration på två månader vid nordiska hälsovårdshögskolan i Göteborg. Den var avsedd för tjänstemän i ledande ställning, såväl läkare som för ickemedicinskt utbildade administratörer.
7. Samarbete skedde med bl.a. Hermods och Brevskolan. Studiepaket som tillkom för landstings- och sjukvårdspersonal under åren 1966—72 var
 - Kontakt 1 — arbetsledarutbildning för i första hand 1:a linjens chefer exempelvis avdelningsföreståndare, sjuksköterskor m.fl.
 - Kontakt 2 — lagarbete inom sjukvård. Avsett för blandade grupper med sjuksköterskor m.fl. arbetsledare. Praktikfall från vården diskuterades.
 - Samråd — utbildning i företagsnämndsfrågor, samrådsgruppsarbete o.d.
 - Impuls — målgrupp all personal. Behandlar relationer mellan personal och patienter med tonvikt på patientens upplevelse av sin situation.
 - Kontakt 3 — material för konferenser/kurser för läkare, medverkan av politiker och administratörer.
 - Kontakt 3T — som ovanstående men med tandläkare inom folktandvården som målgrupp.
 - RESURS — ett relativt omfattande material för rationaliseringsutbildning.
- 14 studiehäften ingår, vilka behandlar administrativ rationalisering, avtal och arbetstidsschema, organisation och rationalisering, ekonomi, administrativ teori, systemanalys, tekniker, planering.
8. I de fem arbetsgrupper som utarbetade det textmaterial, som sedan blev studiepaketet Kontakt 3, ingick landstingsdirektör L. Gotthard Nilsson, Örebro, avdelningschef Åke S. Lindgren, Socialstyrelsen, sjukvårdsdirektör Karl-Erik Wiktorsson, Karlstad, civilekonom Robert Nilsson, Sveriges Läkarförbund, direktör Hans Robertsson, Stockholm, överläkare Johan Rudbeck, Örnsköldsvik, landstingsdirektör Gillis Albinsson, Halmstad, överläkare Arne Aldman, Skene samt överläkare Sven Alsén, Luleå.
9. Fem avsnitt ingick i materialet:
 - Utvecklingstendenser inom hälso- och sjukvården.
 - Översikt över hälso- och sjukvårdens organisation.
 - Sjukhusets och klinikens organisation.
 - Överläkaren som chef.
 - Allmänna synpunkter på sjukhusläkarnas arbetsförhållanden.
10. Stig-Bertil Nilsson var ordförande i Sveriges Läkarförbund åren 1973—74.
11. Den arbetsgrupp som tillsattes av Sveriges Läkarförbunds styrelse bestod av: Nils Turner (ordförande), Börje Lassenius och Olle Westerborn samt, som sekreterare,

- Birgitta Wittorp/Kerstin Johansson. Den rapport, som utredningen resulterade i, översändes den 4 februari 1970 till läkarförbundets yrkesföreningar och specialistföreningar för yttrande om läkarförbundet skulle göra framställning till sjukvårdshuvudmännen att initiera sjukvårdsadministrativ utbildning samt med frågor om prioritering av ämnen. (Sveriges Läkarförbund, stencil U 10/70).
12. Läkarförbundets utredning fann att den administrativa utbildning som var tillgänglig för läkare 1968 var:
 - Kurs som ingick i socialmedicin för med.lic.examen. Innehållet gav översikt över hälso- och sjukvårdens organisation och författningar.
 - Vid Stockholms stads sjukhus gavs administrativ utbildning främst avsedd för överläkare (ca 20—30 timmar, seminarier eller konferenser).
 - Kontakt 3 — läkarförbundets och landstingens administrativa kurser 5 dagar.
 - Kurs i sjukhusadministration vid Nordiska Hälsovårdshögskolan i Göteborg, avsedd för tjänstemän i ledande ställning, såväl läkare som icke medicinskt-utbildade administratörer. (Sveriges Läkarförbund, stencil U 5/70).
 13. Skrивelsen till Svenska Kommunförbundet finns registrerad i dess diarium 1970—05—22. Någon vidare anteckning om behandling eller svar finns ej.
 14. Nämnade administrativa utbildning kom sedermera till stånd vid universiteten under benämningen "Hälso- och sjukvårdsadministration". För sjuksköterskor kom den att ersätta den administrativa utbildningen vid SIHUS Statens Institut för Högre Utbildning för Sjuksköterskor.
 15. Vid denna tid pågick förhandlingar mellan landstingsförbundet och kommunförbundet å ena sidan och arbetstagarorganisationerna å andra sidan, vilka skulle resultera i ett rationaliseringsavtal, "Rat 73", som trädde i kraft 1974. I avtalet nämns bl.a. anställdas rätt till information och möjlighet att påverka vid rationalisering och förändring. Det kan antas att detta fanns med i bilden, när nämnda utbildningar tillkom. RESURS-materialet kom att spela en betydande roll i utbildningen av arbetsledare inom sjukvården.
 16. I produktionsseminarier medverkade bl.a. professor Stig Bengmark, överläkare Arne Aldman, sjukvårdschef Henric Hultin (leg.läkare), överläkare Bengt Estborn och docent Hans Pettersson. Viktiga inslag i dessa seminarier var gruppdiskussioner kring sjukvårdens utveckling och medicinska förutsättningar för produktionsplanering, användande av medicinsk ADB m.m.
 17. Tanken att de önskade administrativa inslagen i läkarutbildningen skulle läggas in som en "strimma" av administrativ utbildning redan i grundutbildningen togs på ett tidigt stadium upp av fackligt aktiva läkare i Sveriges Yngre Läkares Förening, SYLF. Benämningen blev sedan kort och gott "strimman". I Läkartidningen 1977:4, utvecklar Calltorp synpunkter och ger motiv för behoven av dessa inslag i läkarens utbildning.
 18. I Läkartidningen 1974:47 redovisas ett rundabordssamtal under rubriken "Överläkaren — chef av födsel och ohejdad vana?" med Edgar Borgenhammar, administrativ chef, Johan Calltorp, underläkare och representant för SYLF, Lars Carlbark, landstingsdirektör, Viking Falk, överläkare samt Claes-Göran Westrin, överläkare. Ämnet för diskussionen var hur utbildningen av läkaren som administratör och arbetsledare borde läggas upp.
 19. Aktörer, som inbjöds att tillsammans med tjänstemän från landstingsförbundet bilda idégrupp för överläggningar kring fortbildning i administration för läkare var följande: chefsläkare Stig-Bertil Nilsson, Linköping, överläkare Bengt Rundberg, Örebro, sjukhusdirektör Orvar Stehn, Linköping, sjukhusdirektör Anders Bauer, Sollefteå. Från Spri deltog avdelningschefen Robert Nilsson. Landstingsförbundet

representerades av avdelningscheferna Kurt Elander och Sverre Royen, sektionschef Gösta Engfors samt sekreterarna Urban Karlsson, Birgitta Pettersson, Douglas Schalin och Peter L. Staaf.

Kapitel 5. FAL-projektet. Organisation och utbildningsplanering.

I det här kapitlet behandlas

- FAL-projektets organisation och arbetsformer.
- Modell för utbildningsplaneringen i FAL-projektet.
- Behovsanalys och utbildningsplanering med belysning av tillvägagångssätt för att ta fram underlag till beslut.
- Fastställandet av mål för fortbildning i administration för läkare.
- Prioritering av innehåll och val av utbildningsmodell och pedagogiska metoder.

Allmänt gäller vid analys av utbildningsbehov och planering av utbildning, att valet av metod för datainsamling kan bli beroende av faktorer som tids- och kostnadsramar, personaltillgången samt om utbildningen avser större eller mindre grupper, enskild befattning eller avgränsat arbetsområde. En arbetskravs- eller befattningsanalys krävs. Erforderlig information kan samlas från befattningshavarna själva, kontaktgrupper, experter, textmaterial, arbetsbeskrivningar o.d. "Critical incident" kan vara en metod att identifiera arbetsuppgifter eller moment i arbetet, som kan vara avgörande för bra eller dåligt resultat i arbetet. Av kostnads- och tidsskäl har gruppintervjumetodiken utvecklats och blivit alltmer vanlig i dessa sammanhang. För närmare genomgång av de olika teknikerna hänvisas till litteratur inom området.¹ Hur gick man tillväga i FAL-projektet?

För FAL tillkom en projektorganisation. Beskrivningen hur man däri har gått tillväga vid analyser och planering av FAL-utbildningen kan ses som exempel på hur man inom personalutbildning kan tillämpa olika tekniker/metoder för behovsanalys och framtagande av underlag för beslut om utbildningsinnehåll och val av pedagogiska metoder. I FAL-projektet involverades ett stort antal personer i arbetsgrupper och referensgrupper. Det kan exemplifiera hur man inom ett större personalutbildningsprojekt kan utnyttja personalens kunskaper och erfarenheter inom deras sakområden, samtidigt som man genom deras medverkan förankrar de förslag som förs fram.

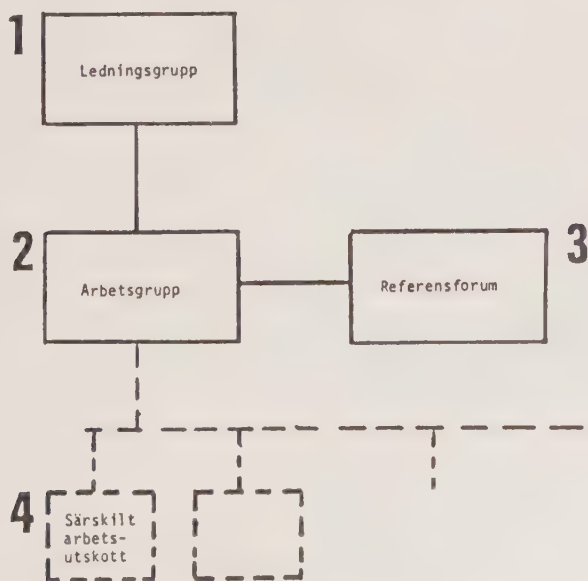
5.1. FAL-projektets organisation och arbetsformer.

Sedan beslut fattats om ett gemensamt projekt för fortbildning i administration för läkare, fastställdes projektorganisationen enligt figur 5:1.

I ledningsgruppen ingick representanter för vissa av landstingsförbundets olika avdelningar samt för Socialstyrelsen, Sveriges Läkarförbund och Spri.² Ledningsgruppen fungerade som projektstyrelse. Dess uppgifter var att diskutera övergripande frågeställningar och bedöma framlagda förslag och delresultat. Den skulle också besluta om prioritering beträffande projektets inriktning och den närmare utformningen av arbetet i projektarbetsgruppen och de särskilda arbetsutskotten.

Ledningsgruppens ledamöter kunde vid behov delta i projektets övriga grupper och där bidra med sin sakkunskap och erfarenhet. Under perioden 23/9 1975—8/3 1977 hölls 7 protokollförda sammanträden (stenografiskt upptagna refererat). När FAL-utbildningen kommit igång och regionaliserats till landstingen, övergick ledningsgruppen till att bli en rikscentral projektgrupp³ för samordning av frågor rörande administrativ utbildning för läkare och benämndes "Samplan-gruppen".

Projektsekretariatet förlades till fortbildningssektionen inom landstingsförbundets personalpolitiska avdelning. Ansvarig var sektionens chef, som till sin hjälp hade en projektledare och en biträdande projektledare. Projektsekreta-



Figur 5:1. Skiss över projektorganisation för FAL — Fortbildning i Administration för Läkare. (Landstingsförbundet, 1978, s. 15).

riatet blev "hjärtat" i projektet. De skulle planera och ge projektinformation samt svara för "marknadsföring" (pedagogisk information). Andra uppgifter var projektkalkylering och att utveckla system för styrning, dokumentation etc. För allsidig belysning och utveckling av underlag adjungerade projektledaren till sig informella "expertgrupper". Konsulter och specialister inom vissa områden anlätades. När så behövdes kunde "experterna" knytas till arbetsutskott/grupper för att medverka i diskussioner kring frågor inom deras kompetensområden.

Arbetsgruppens uppgifter var att initiera, stimulera och samordna projektarbetet. En viktig uppgift var att förbereda förslag och utveckla underlag för projektstyrelsens/ledningsgruppens beslut. I arbetsgruppen ingick representanter för vissa avdelningar inom landstingsförbundet. Allt efter behov knöts till gruppen representanter för olika organisationer och verksamheter som hade intresse av projektet.

Referensforum hade en rådgivande funktion. Däri ingick ett hundratal personer. Det var läkare, administratörer, representanter för olika organisationer och verksamheter, vilka bedömdes besitta för projektet värdefull sakkunskap, erfarenhet och kreativitet. Referensgruppens uppgifter var att fungera som buffert gentemot alla intressenter. De fick också utgöra värderingsgrupp. Under inledningsskedet var uppgiften att stödja projektarbetsgruppen samt utveckla underlag för utredning och debatt.

Under projektets gång bildades arbetsutskott, med representanter för olika landsting. Deras uppgifter kunde vara att delta i särskild analys- eller försöksverksamhet, utveckling av material eller översikt över utvecklingen av projektet. Dess sammansättning och antal deltagare varierade allt efter behov, beroende på vilka ämnen som diskuterades. Exempelvis inbjöds representanter för Nämnden för Läkares Vidareutbildning (NLV) och andra intressentgrupper till debatt och diskussion. Referensforum och arbetsutskott utnyttjades efter arbetsgruppens bedömning och kallelser.

Våren 1976 kallade ledningsgruppen en expertgrupp. Experterna utsågs genom Socialstyrelsen, Sveriges Läkarförbund och Spri.⁴ Expertgruppen biträdde i det slutliga urvalet av innehåll och pedagogiska metoder för två försköskurser i administrativa ämnen för läkare, vilka hölls centralt med början i november 1976 och februari 1977.

5.2. Analys av utbildningsbehov och utbildningsplanering.

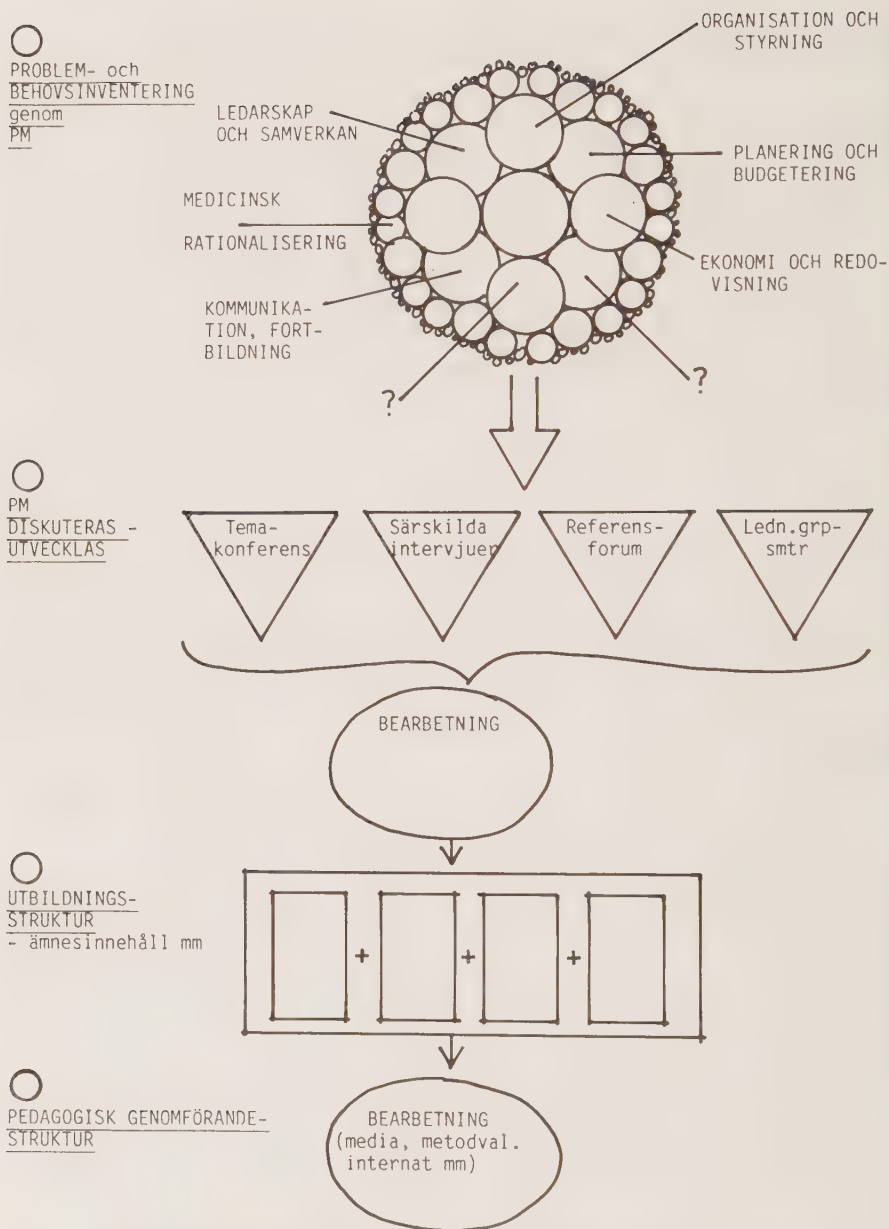
Det hade framgått av svaren på den tidiga enkäten ”Fortbildning för läkare tankar och förslag?” och av de förberedande diskussionerna, att åsikterna skilde sig betydligt beträffande innehåll och genomförandeformer för FAL-utbildning. Projektgruppen utgick från att skilda intressenter hade skilda synsätt, värderingar, problemuppfattning liksom olika förslag till lösningar. En listning av intressenter gav följande:

- Läkare: Sveriges Läkarförbund och dess underorganisationer. De olika kategorierna av läkare på skilda nivåer.
- Övriga personalgrupper: Sjuksköterskor, sjukvårdsbiträden etc.
- Andra fackliga organisationer: SKAF, TCO-K, (SHSTF, SKTF, SSF, m fl), SACO/SR-K.⁵
- Statliga myndigheter och institutioner: Socialdepartementet, Socialstyrelsen, Skolöverstyrelsen, Universitetskanslerämbetet.
- Övriga intressenter: Spri, Nämnden för Läkares Vidareutbildning (NLV), Nordiska Hälsovårdshögskolan.

Målgruppen för FAL skulle utgöra läkare i ledande ställning. Hur skulle man inventera, väga ihop och ta ställning till de skilda intressenternas uppfattningar? Det kunde antas att dessa såg på läkarens administrativa och ledande roll på skiftande sätt.⁶

Projektarbetsgruppen valde ett dynamiskt och flexibelt arbetssätt. De såg de skilda intressenterna som hörande till olika system och delsystem med beroendeförhållanden. Det gällde att arbeta sig fram stegvis. Den dynamiska ansatsen gjorde det möjligt med anpassning vartefter kunskap vunnits. Projektgruppens erfarenheter från tidigare utbildningar, konferenser och seminarier med läkare hade lärt dem, hur lätt det kunde uppstå missförstånd, motsättningar och konflikter mellan individer och grupper. Om sådana uppstod i projektarbetet skulle det kunna påverka utsikterna till en lycklig lösning. Man beslöt därför att hela tiden arbeta med en harmonisyn och ta tag i sådana incidenter, som skulle kunna leda till hinder för att lyckas uppnå de mål som diskuterades.⁷

Gruppen arbetade utifrån en principiell modell för analys- och planering. Se figur 5:2. Man utgick ifrån att det fanns ett antal problem och behov, som var kända, men de behövde analyseras. Det kunde också finnas sådant, som man inte uppmärksammat, men som kunde flyta upp under analysarbetet. De kända ämnesområdena finns markerade i första ledet i figuren. Osäkra faktorer markerades med frågetecken. De små cirklarna kan antas illustrera omkringliggande faktorer och frågor, vilka möjligen måste beaktas och utvecklas. Behovsanalysen skulle kunna dokumenteras i PM, vilka efter diskussion i olika grupper och efter bearbetning av materialet, kunde ligga till grund för förslag till struk-



Figur 5:2. Principiell arbetsmodell för utbildningsplanering i FAL-projektet. (Efter arbetsmaterial Staaf, P.L. 1975-11-25).

tur för utbildningen. Slutligen skulle en modell för genomförande arbetas fram.

Sedan målgruppen avgränsats att gälla läkare i ledande ställning gällde det att ta fram arbetskravs- och befattningsanalyser för läkare, som arbetade i olika befattningar, för att närmare kunna avgöra i vilken utsträckning och vilka typer av administrativa uppgifter som förekom. I första hand antogs att läkare på klinikchefsnivå och distriktöverläkare/vårdcentralchefer behövde utbildningen, men snart utökades målgruppen att omfatta fler kategorier läkare.

Då gällande sjukvårdslagstiftning var i hög grad detaljstyrande vad avsåg ledningen av sjukvården. Bl.a. framgick av sjukvårdskungörelsen vilka administrativa uppgifter som skulle ligga på blockchefer respektive klinikchefer. I § 14, som gällde blockchef, sades att denne skulle iaktta vad sjukvårdsstyrelsen, direktionen, sjukvårdsdirektören, sjukhusdirektören och chefsläkaren eller styresmannen föreskriver om tjänsten. I övrigt låg det på blockchef att:

- 1) leda, planera och samordna verksamheten inom blocket,
- 2) svara för att vårdplatser, personal och utrustning inom blocket utnyttjas effektivt,
- 3) se till att direktiv och riktlinjer för blockets verksamhet iakttages och att personalen noggrant fullgör sina åligganden,
- 4) föreslå åtgärder som behövs för att främja blockets verksamhet och utveckling,
- 5) se till att verksamheten bedrivs så ekonomiskt som möjligt. (Sjvk 1972, § 14).

Motsvarande uppgifter hade klinikchefen beträffande kliniken enligt § 15 i samma kungörelse.

Vid analys av utbildningsbehoven skulle närmare preciseras vari de administrativa uppgifterna bestod för läkare i olika positioner samt vilka kunskaper som krävdes för att svara mot arbetskraven. Man utgick från att kartlägga vilka moment som förekom i vardagsarbetet och subjektivt upplevda kunskapsbehov. I en förstudie kunde Kerstell (1976) efter litteraturstudier och intervjuer med ett 10-tal läkare göra en kartläggning över ställning i organisationen, ansvarsområden och administrativa uppgifter för läkare på olika nivåer inom slutenvård respektive inom primärvården.

Beträffande upplevda kunskapsbehov fann Kerstell, att de subjektivt upplevda informations- och utbildningsbehoven tycktes bilda ett visst mönster. De allra flesta av läkarna saknade i sin egen situation en helhetsbild av verksamheten. De kände relativt bra till "läkarnas värld" men kände sämre till sjukvårdens "administrativa värld". Exempelvis kände många viss begränsning vad gällde lagar och avtal. Svårigheter fanns att få en helhetsbild av hur landsting och sjukhus styrs, hur resurser prioriteras, hur beslutsfattande sker etc. Andra upplevde brister i information om budget, hur sjukhusledningen fungerar o.s.v.

Problemanalysen genomfördes i första hand inom fem arbetsutskott; ett s.k. "expertutskott" till vilket knöts konsulter, samt ett från vardera Stockholms, Älvsborgs, Jämtlands och Norrbottens läns landsting. Till det konkreta projektarbetet knöts även företrädare från personal-, fortbildnings- och organisationsfunktionerna i Kronobergs, Örebro och Malmöhus läns landsting. I dis-

kussionerna deltog läkare i öppen och sluten vård, personalchefer, organisationschefer, utbildningsledare m.fl. Referensforum utvecklades vartefter projektarbetet fortskred, vilket medförde att mer än hundratalet läkare och sjukvårdsadministratörer informerades och fick medverka genom att lämna sina synpunkter.

Som underlag till diskussioner utarbetades ett omfattande arbetsmaterial: PM, instrument för att underlätta kartläggning, frågor m.m. Diskussionerna gällde i första hand att analysera och förteckna administrativa och planerande uppgifter samt på vilka nivåer dessa förekom; t.ex. om de låg inom kliniken, inom sjukhuset/vårdcentralen eller om de genomfördes centralt inom landsingen. Analysen gällde också i vad mån läkarnas medverkan i detta arbete förväntades.

De fakta som kom fram sorterades in i tablåer. Dessa detaljutvecklades med hjälp av diskussions-PM, som upprättades av konsulter med olika specialkunskaper. För att få en likartad disposition av dessa PM utformades "Anvisningar för en PM-författare". De skilda konsulternas insatser kunde därigenom styras och i så stor utsträckning som möjligt komplettera varandra. Följande PM kom att ligga till grund för klarläggande av läkarnas olika roller:

- Läkarens roll i klinikadministrativ planering (Svalander 1975).
- Läkarens roll i fortbildning och personalutveckling (Bergström (1975).
- Den medicinske chefens medverkan i planering och uppföljning (Bauer & Anjou 1976).
- Några läkargrupper roll, arbetsuppgifter, arbetssituation samt behov av administrativ utbildning (Kerstall 1976).
- Läkarens roll i medicinsk och annan rationalisering (Svalander 1976).

Utgående från nämnda diskussions-PM tog man fram blanketter för kategorisering av kunskapsbehoven till olika ämnesområden. Arbetsuppgifterna sorterades utifrån administrativ nivå, förändringskrav och intressenter. Läkarnas bidrag i det administrativa arbetet kartlades. Bilaga 8 visar en sådan tablå, som kan ge en bild av hur projektledningen ville att diskussionerna skulle föras för att leda fram till definitioner av vilka resultat man önskade av utbildningen. Genom diskussionerna kunde då ämnesområden identifieras och målområden för undervisningen specificeras.

Det material, som på så sätt växte fram, blev grunden för fortsatt utveckling i problemanalysen. Kunskap växte fram om i vilken grad läkarna förväntades medverka och vilket ansvar för uppgifterna de hade. Dessa uppgifter rubricerades "engagemangsnivå". Sådana nivåer specificerades till

1. vara informerad,
2. stödja, lämna synpunkter,
3. själv utföra,
4. vara ansvarig för men annan utför.

Utifrån dessa engagemangsnivåer skulle man sedan bedöma vilka inlärnings-

nivåer undervisningen skulle leda till. Dessa identifierades som

- A. speciellt fördjupade kunskaper,
- B. grundläggande kunskaper/färdigheter,
- C. orientering i ämnet, känna till.

Exempel på instrument för sådan problemanalys kan ses i bilaga 9.

I utbildningsplaneringen ingick att i det inledande skedet av utbildningen, i försökskurserna, engagera kursdeltagarna i en mer näraliggande problemanalys, där dessa fick ange vilka av ett antal uppgivna problemområden, som de ansåg var mest angelägna att ägna tid åt under kursen. För denna inventering utarbetades en blankett (bilaga 10) på vilken deltagarna enskilt och i grupp fick göra bedömningar av dels egna förkunskaper/erfarenheter och dels sitt kunskapsbehov, genom att ange intresse/önskemål/prioriteringar. Bedömningen gavs med tilldelning av vikter, sammanlagt 100 poäng.

För att fastställa målgruppen för FAL, vilka utbildningen skulle anpassas till, genomfördes en målgruppsanalys. Därigenom kartlades i vilka avseenden och i vilken omfattning de olika läkargrupperna berördes och den presumtiva målgruppens sammansättning och storlek. Utifrån denna analys räknade man sammantaget fram, att i första hand skulle cirka 5000 läkare behöva sådan utbildning under de närmaste åren.

Ett omfattande arbete lades ner på kartläggningen av dessa problemområden och ett stort antal personer engagerades i diskussioner kring PM och tablåer. På detta sätt kunde frågorna nanseras och de komplexa förhållandena klarläggas. De olika intressenternas bedömningar om behov av och riktlinjer för utbildningen kunde kanaliseras. Det sågs av stort värde för projektet att i arbetet engagera intressenter, inte bara från olika grupper av kategorier utan också att de kom från skilda delar av landet. En fördel med den ”breda remissomgången” vartefter var, att FAL fick en förankring hos de olika intressentgrupperna även ute i landstingen.

5.3. Målsättning för FAL.

Målen för utbildning av anställda bör sammanfalla med verksamhetens mål. (Se kapitel 7). Konkreta mål för sjukvården uttrycktes inte explicit i de äldre författningarna, som gällde vid FAL-projektets start. I sjukvårdslagen 1962, § 23, talades om att förutom de olika läkartjänster som regleras i lagen, ska finnas anställd personal som erfordras för att god vård ska kunna meddelas.

Huvudmännen, som har ansvar för det praktiska genomförandet av verksamheten, konkretiserar delmål för skilda verksamhetsområden i planer för sjukvården etc. I samband med FAL har bl.a. betonats den karga ekonomin och behov av utveckling inom hälso- och sjukvården. Utifrån en genomgång

av dokumentation om FAL-projektet skulle huvudmännens övergripande mål kunna tolkas som "Utveckla sjukvården — mer och bättre sjukvård för pengarna".⁸ Det handlar bl.a. om resursutnyttjande. En av flera viktiga förutsättningar för det är, som nämnts, läkarnas medverkan även på andra områden än de rent medicinska, exempelvis planering, organisation, personalutveckling, effektivisering.

När utbildning i administration för läkare aktualiserades, var man väl medveten om att det fanns många läkare i ledande ställning som var intresserade och framgångsrika administratörer inom sina områden. Men vissa generella uppfattningar fanns, vilka uppkommit genom erfarenheter under sjukvårdens expansion och därav pågående förändringar. Utifrån de diskussioner som fördes innan FAL-projektet kom till, har jag funnit att dessa kan uttryckas enligt följande:

- bristande engagemang i planering och utveckling av sjukvården (till de delar som inte var rent medicinska),
- ringa förståelse för ekonomiska och administrativa krav,
- bristande kunskaper i administrativa ämnen som planering, ekonomi o.d.,
- negativa attityder till förändringar.

Administrativ utbildning sågs som ett medel att åstadkomma förändrade attityder hos läkarna och bibringa dem erforderliga kunskaper för den önskade medverkan till utveckling. Oklarheter rådde om hur sjukvårdens framtida organisation skulle komma att formas. Med inspiration från diskussioner kring framtidsstudier skulle dock en ändamålsenlig utbildning kunna utformas genom att tyda de trender som pekade framåt.

I diskussioner om mål för och innehåll i en administrativ utbildning för läkare utgick den idégrupp, som under hösten-vintern 1974—75 diskuterade utbildningsbehoven, från följande trender i landstingsverksamheten:

- ökad ekonomisk kris,
- decentralisering: I allt större utsträckning decentralisera funktioner, t.ex. ekonomi, planering etc. till läkaren eller denne underställd personal.
- ökat patientinflytande i sjukvården: Patienternas krav på en human vård och en verksamhet som är jämförbar med övriga verksamheter inom samhället, "patientmiljön".

Det sågs därför viktigt att få till stånd fortbildningsinsatser som skulle innebära att läkarna

- lättare kan leva med förändringar och får en annan attityd till dessa,
- får ökad motivation att delta i budget- och planeringsprocessen,
- får ökad möjlighet och vilja att tillvarata sina erfarenheter i prioriteringsprocesser,
- får kunskaper i att ompröva sina metoder och att aktivt kunna utveckla metoder så att en ökad produktivitet uppnås,
- stimuleras till ökad medicinsk rationalisering.

”Vidare måste utbildningen verka för att den olustkänsla, defaitism, oro eller handlingsförlamning, som ibland kan förmärkas bland läkarna, kan elimineras.” (Ur notat februari 1975).

Mot bakgrund av dessa trender och föreställningar uttalade ledningsgruppen följande mål för den planerade utbildningen, i första hand för dess försökskurser: FAL-utbildningen ska

1. Ge fördjupad kännedom om t.ex. ekonomi, planering, organisation, medicinsk rationalisering och utveckling (”medicinsk effektivisering”), personal-samverkan och personalutveckling.

2. Göra deltagarna mer medvetna om administrativa problem.

3. Ge deltagarna möjligheter att diskutera pågående förändringar av den egna chefsrollen samt förändringarnas konsekvenser, och i anslutning därtill diskutera hur de kan bidra till att föra in demokrati och medmänsklig kontakt i vårdarbetet — personalen emellan och mellan personal och patienter — samt belysa andra aspekter på deltagarnas sätt att arbeta administrativt.

Försöksverksamheten (2 FAL-kurser som genomfördes centralt i landstingsförbundets regi) skulle dessutom

- A. Ge diskussionsunderlag för samplanering av administrativ utbildning.

- B. Bidra till samordning och stimulering av landstingens aktiviteter för administrativ utbildning.

- C. Utveckla principiella modeller för administrativ utbildning.

- D. Utveckla och pröva instrument och hjälpmedel för lokal/regional utbildning.

I senare information om och rapporter angående FAL-projektet uttalas följande:

”FAL-projektet ses som ”ett utbildningsprogram i två skeden” där FAL-kurserna bidrar till utveckling på arbetsplatsen.

Skede 1 i FAL-projektet utgörs av regionalt organiserade utbildningsserier, där självstudier och tillämpningsarbete varvas med koncentrerad utbildning i internat.

Skede 2 ska utgöras av verksamhetsutveckling i första hand på den egna arbetsplatsen.

FAL-utbildningen vill påvisa att läkarens chefsroll inte bara omfattar den rent medicinska delen av chefsuppgiften utan även den personalmässiga, administrativa/förvaltningsmässiga delen av en basenhets verksamhet. Framför allt vill den skapa en integrerad uppfattning av chefsrollen så att man inte drar konstlade gränser mellan medicin och administration.” (Landstingsförbundet, FAL Rapport 5, 1982).

Av detta framgår att de ursprungliga målen för FAL kvarstår, men att en viss målförskjutning ändå skett sedan starten, så att FAL:s funktion som medel för verksamhetsutveckling betonas starkare. Under senare år har resonemangen kring ”strimman” av administrativa inslag i läkarutbildningen parallellt med ökad medvetenhet om vikten av att utveckla ledningsteam och arbetsgrupper lett till, att FAL numera kan ses som en av flera insatser för att möjliggöra utveckling och medicinsk effektivisering.

Sammanfattningsvis kan man tolka de olika uttalandena som att den långsiktiga målsättningen är sjukvårdens utveckling mot ökad medicinsk effektivitet. Det mellanliggande målet är, att läkarna efter FAL-utbildning ska ha bättre förutsättningar att fungera som chef och medicinsk ledare samt kunna känna igen och hantera uppkommande administrativa problem. Det kortsiktiga målet kan sägas vara att påverka läkarnas attityder för förändringar och att utbildningen ska leda till kunskapsutveckling hos kursdeltagarna.

Konkret torde de nära och mellanliggande målen för FAL-utbildningen kunna uttryckas: Deltagarna förväntas efter genomgången kurs

- 1) ha fått grundläggande kunskaper om ekonomi, planering, medicinsk effektivisering, organisation och personalutveckling,

- 2) ha fått insikt om samband mellan förändringar i omvärlden och den egna verksamheten,

- 3) ska kunna identifiera och hantera administrativa problem,

- 4) i diskussion om chefsrollen ha fått förutsättningar att utvecklas för ledarskapet,

- 5) ska kunna tillämpa förvärvade kunskaper för genomförande av förändringar på arbetsplatsen som bl.a. ska medföra ökad participation för anställda och patienter i vårdarbetet. Dessutom förväntas att

- 6) erfarenheterna av aktivt deltagande i FAL-utbildningen medverkat till attitydförändringar hos deltagarna.

5.4. Kursinnehåll, läromedel, struktur och funktion.

Resultaten från överläggningar och från diskussioner i analysarbetet ledde till att projektledningsgruppen för beslöt prioritera följande ämnesområden för utbildning i FAL-kurser:

1. Ekonomi och planering

- ekonomisk budgetering, uppföljning, redovisning,
- effektivitetskontroll, löpande verksamhet.

2. Organisation och planering

- verksamhets- och produktionsplanering,
- beskrivning och analys av verksamhet och produktion.

3. Rationalisering

- medicinska verksamheter. (Anm: senare benämnt medicinsk effektivisering).

4. Personalutveckling

- kunskapsförmedling/handledning,
- problemlösning, samarbets träning m.m.,
- personalledning och övrig personaladministration.

I planeringen ingick att utbildningsmaterial skulle produceras, bl.a. deltagar-material, aktuella översikter, som kunde vara lämpliga som diskussions- och analysmaterial, aktuella utredningar, genomförda och pågående, presentation av aktuell lagstiftning inom området, praktikfall etc. För utveckling av sådant material gav ledningsgruppen följande direktiv: Utbildningsmaterialet skulle vara

- a) engagerande,
- b) ha hög kvalitet,
- c) vara flexibelt med möjlighet till lokal anpassning,
- d) verklighetsanpassat "jordnära",
- e) problem- och tillämpningsinriktat,
- f) relationsutvecklande,
- g) aktionsinriktat (förstå-vilja-göra).

Läromedlen för FAL-utbildningen har utvecklats successivt. I stor utsträckning har tillvaratagits möjligheter att använda rapporter om utvecklingsprojekt, utredningsmaterial o.d. som haft aktualitet för de olika ämnesområdena. Inom området ekonomi har använts "hemmamaterial", d.v.s. föreläsare har som illustration och underlag för diskussion medfört budget och årsredovisningar från det egna landstinget, vilket kompletterats med motsvarande från deltagarnas egna landsting eller sjukvårdsområden. Viss litteratur ingår i kursen, vilken ska läsas in före eller under utbildningen. Aktuell referenslitteratur rekommenderas för självstudier och finns vanligen tillgänglig för påseende och lån under kursen.

De diskussions-PM, som användes under analysfasen, har vidareutvecklats och ingår numera som kurslitteratur. Manuskript från föreläsningar har i vissa fall tryckts upp till kursmaterial och ett antal praktikfall har utarbetats, kring vilka gruppdiskussioner genomförs. I dessa behandlas olika aspekter kring medicinska beslut och hur administrativa/ekonomiska överväganden kan göras, hur rutiner påverkas o.s.v.⁹

För planering av genomförandeformer delades fortbildningsbehoven i

1) administrativa tekniker och metoder, generellt respektive specialitets- och verksamhetsanknutna,

2) kommunikation och gruppsamverkan (social kompetens).

Diskussionerna kring genomförandeformerna kom att bli omfattande. Motstridiga uppfattningar fanns. Tillgången på tid sågs som en begränsande ramfaktor. Målgruppen läkare i ledande ställning bedömdes ha svårigheter att vara borta från arbetsplatsen längre tidsperiod utan vikarie. Det kunde inte förutsättas att vikarie skulle komma att tilldelas under utbildningen. Till föreställningarna om målgruppen hörde också läkarnas mångåriga studievana och uppövade förmåga till inläsning av litteratur och självstudier, samt att under föreläsningar göra snabba anteckningar och memorera. I kombination med tidsfaktorn gjorde det, att många förespråkade litteratur och katedrala metoder. Det

kunde ibland uttryckas som: "Ge oss bara materialet att läsa in och föreläsningar, så ska vi snabbt klara av att lära oss det där".

Men ledningsgruppen var av annan uppfattning. De ville att utbildningen skulle påverka till förändringar av attityder, kommunikationsmönster, chefsbeteende etc. För denna funktion sågs en internatutbildning fördelaktig. Därigenom skulle också deltagarna i lugn och ro få ägna sig åt utbildningen skild från dagliga arbetsuppgifter och sin vanliga miljö. Större möjlighet skulle ges till diskussioner och erfarenhetsutbyte kolleger emellan.

Det fanns ett starkt krav på "jordnära" och verklighetsanknuten utbildning med koppling till de egna arbetsplatserna. För att uppnå syftet med denna praktiska inriktning och därtill knuten inläring, beslöts att respektive deltagare, som ett komplement till självstudier, lektioner och övningar i kursform, skulle genomföra någon tillämpningsuppgift på hemmaplan. Det skulle vara en uppgift med utredningsansats, ett förändringsförslag, projekt, undersökning eller dylikt, som kunde bli till nytta för arbetsplatsen och som de i utbildningen kunde få sakkunnig hjälp att genomföra. Idén var också "att lära genom att göra" samtidigt som det var ett sätt att påverka motivation och intresse för utbildningen.

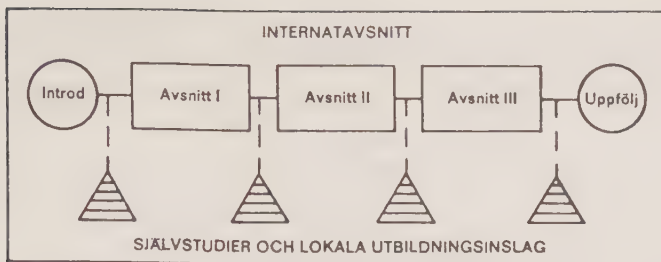
Såväl tillämpningsuppgifterna som målet att uppnå en attitydförändring talade för en uppdelning av utbildningen i ett antal återkommande seminarier förlagda till internat. Mellan dessa skulle det vara några veckors uppehåll. Ledningsgruppen stannade för en principiell utbildningsmodell enligt figur 5:3.

Kursen startade med en introduktionsdag, då kursens program kunde diskuteras, anvisningar ges för val av tillämpningsuppgift o.s.v. Deltagarna hade då möjligheter att påverka kursens fortsatta förlopp, exempelvis om något speciellt inslag önskades. Före, mellan och efter den internatbundna undervisningen förutsattes självstudier genom att läsa viss litteratur. Det förutsattes att FAL-kursen, som ju samlade deltagare från skilda sjukvårdsdistrikt och sjukhus, skulle följas upp genom lokala aktiviteter och då tillsammans med exempelvis klinikföreståndare m.fl. som läkarna har att samarbeta med på hemmaplan.

Olika idéer fanns, som nämnts, om hur undervisningen skulle genomföras.

Som en kompromiss i diskussionerna kring val av pedagogiska metoder beslöt FAL:s ledningsgrupp att genomföra två försöksutbildningar med olika struktur. Den ena hade större inslag av katedrala föreläsningar och undervisning av traditionell karaktär efter uppgjorda schema. Den andra kursen fick en mer organisk uppläggning med deltagarinflytande och många diskussioner kring problem från egna arbetsplatser. Tanken var att man skulle ha inslag av smågruppspedagogik med 5—7 läkare i varje grupp. I gruppdiskussionerna skulle finnas två resurspersoner, en politiker och en administratör. I smågruppsarbetet skulle kunna förekomma inslag av processkaraktär.

Någon tid efter utbildningen genomfördes en konferens med kursdeltagarna för uppföljning och gemensam utvärdering av försökskurserna. Deltagarna



Figur 5:3. Principiell modell för uppläggning av FAL-kurser. (Landstingsförbundet 1978, s. 26).

fick då referera från sina respektive kurser och diskutera metodval etc. Det visade sig att den grupp, som arbetat mer processinriktat, ansåg sig ha fått ut mer av sin kurs än de andra. Det övertygade projektansvariga om, att denna typ av utbildning skulle ge större förutsättningar för eget engagemang och arbetsplatsanknytning. Dessa ställningstaganden kom att påverka uppläggningsen av senare kursverksamhet.

Hur FAL-projektet sedan kom att utvecklas och hur kursverksamheten bedrivs redovisas i nästa kapitel.

Noter.

1. Exempelvis Andersson & Nilsson (1966), Gestrelus (1972), Riksrevisionsverket (1973), Bäck (1976) Borgström & Skog-Östlin (1980), Engwall (1980), Söderström (1982), Forsberg (1984), Wexley & Latham (1981).
2. I ledningsgruppen för FAL-projektet ingick följande personer
Socialstyrelsen: Avdelningschef Gunnar Wennström.
Sveriges Läkarförbund: Utredningschef Uncas Serner (t.o.m. våren 1976) (Serner, som övergick till att arbeta hos socialdepartementets hälso- och sjukvårdsutredning, adjungerades till gruppen fr.o.m. hösten 1976). Överläkare Karl-Erik Olsson (fr.o.m. hösten 1976), utredningssekreterare Ann-Marie Ebenius (t.o.m. hösten 1976), utredningschef Ulf Schöldström (fr.o.m. våren 1977).
Landstingsförbundet: Direktör Eric Johansson (t.o.m. våren 1977), direktör Birger Bäckström (fr.o.m. hösten 1977), sektionschef Gösta Engfors.
Spri: Avdelningschef Karl-Eric Wiktorson, sektionschef Björn Undall.
När FAL regionaliserades uppstod ledningsgrupper inom respektive FAL-region.
3. Den rikscentrala projektgruppen fick en viktig roll som sammanhållande kraft vid bedömning och prioritering av behov och inriktning på en administrativ utbildning för läkare. Förutom de i not 2 nämnda ingick från Landstingsförbundet sekreterarna Peter L. Staaf och Lars Hintze. Spri:s representant avdelningschef Karl-Eric Wiktorson ersattes fr.o.m. mars 1982 av avdelningschef Gustaf Brynolfsson.
4. Till expertgruppen utsågs av
Sveriges Läkarförbund: Överläkarna Åke Holmberg, Sabbatsbergs sjukhus, Björn

Laurell, Karlstads sjukhus och Karl-Erik Olsson, Karlskrona lasarett.
Socialstyrelsen: Byråchef Einar Fredriksson och Universitetslektor Björn Smedby, Akademiska Sjukhuset, Uppsala.
Spri: Överläkare Owe Pettersson, Akademiska Sjukhuset, Uppsala samt Sektionschef Torkel Winblad von Walter, Spri.

5. SKAF — Svenska Kommunalarbetareförbundet
TCO-K — Tjänstemännens Centralorganisation — kommunala sektorn
SHSTF — Svenska Hälso- och Sjukvårdens Tjänstemannaförbund
SSF — Svensk Sjuksköterskeförening
SACO/SR-K — Sveriges Akademikers Centralorganisation/Statstjänstemännens riksförbund — kommunala sektorn
6. Med ledande ställning avsågs i första hand block- och klinikchefer, chefsläkare, överläkare vid sjukhus samt befattningar som vårdcentralchef och distriktsöverläkare inom primärvården. Senare har målgruppen utökats så att bland deltagarna även ses biträdande överläkare, distriktsläkare och avdelningsläkare m.fl.
7. En episod, som belyser projektledarens ansträngningar för att fånga in och eliminera incidenter som kunnat utvecklas till motsättningar eller konflikt, belyste en intervju-person. Denne skulle inleda diskussion kring ett diskussionsunderlag, som han skrivit. På morgonen samma dag blev han akut sjuk och kunde inte resa till mötet. Hans manus presenterades då av någon annan. En deltagare misstolkade någon detalj i dess inledning och protesterade ilsket. Hans aggression spred sig till andra närvarande kolleger. Kursledaren lyckades lugna ner situationen, men tog tag i detta genom att sammanföra den mest förargade läkaren och föreläsaren i en avspänd miljö. Där fick de två att diskutera igenom det som väckt problem. Rätt snart hade skillnaderna i synsätt klarats ut och det befanns, att de båda i grunden hade samma uppfattning. Missförstånd hade uppstått p.g.a. skillnader i referensramar, språk användning och tolkning. Efter detta samtal förstod de varandra och samarbetet fungerade utmärkt.
8. Min förenklade tolkning av målet medicinsk effektivitet.
9. Dokumentation och rapporter från FAL-projektet används som material, exempelvis en serie FAL Rapport och FAL Debatt. Litteratur, som författats i första hand för FAL-utbildningen är exempelvis Jonsson & Hultin (1979) och Högström et al (1981). Samarbete sker med övriga nordiska länder beträffande fortbildning i administration för läkare, bl.a. vad avser litteratur.

FAL Södra Mellansverige: Södermanlands läns landsting, Örebro läns landsting.

FAL Stockholm: Stockholms läns landsting.

FAL Jönköping: Jönköpings läns landsting.

FAL Öst: Östergötlands läns landsting, Kalmar läns landsting, Gotlands kommun.

FAL Väst: Göteborgs- och Bohus läns landsting, Göteborgs kommun, Skaraborgs läns landsting, Älvsborgs läns landsting, Värmlands läns landsting.

FAL Söder: Kronobergs läns landsting, Blekinge läns landsting, Kristianstads läns landsting, Malmöhus läns landsting, Hallands läns landsting.

Västernorrlands läns landsting har i stället för FAL-kurser valt att utbilda läkarna i administrativa kurser tillsammans med andra målgrupper.

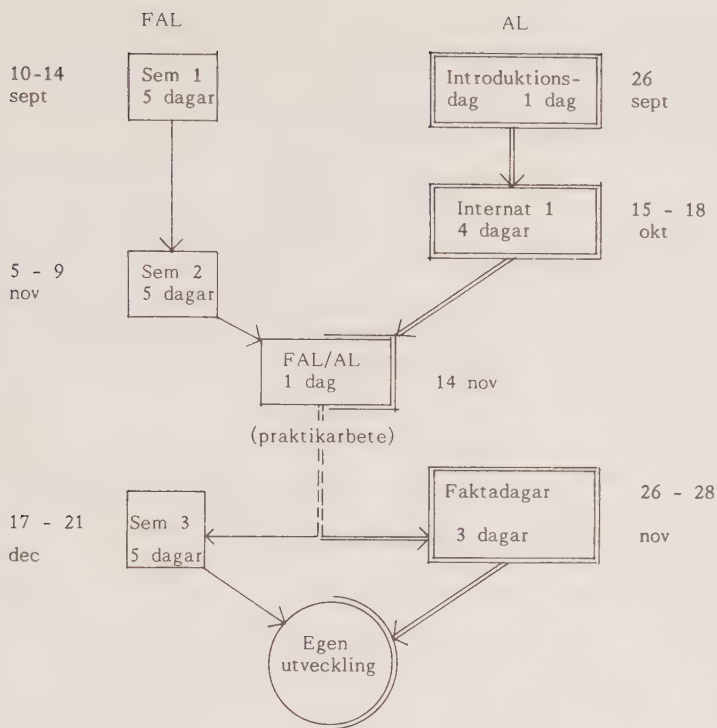
Utifrån bl.a. bedömning av FAL-kurs som meritvärde för ledande läkarbefattningar finns intresse av att FAL-utbildningen ska kunna ses som likvärdig, oavsett skilda kursarrangörer. Vägledande vid uppläggningsen av FAL-kurserna har varit den ursprungliga modellen med återkommande seminarier förlagda till internat och självstudier på hemmaplan med tillämpningsuppgifter. Det betyder att krav har funnits på en lämplig avvägning mellan en gemensam ambitionsnivå avseende utbildningens mål och kvalitet kontra anpassningen till individuella och lokala behov. Gemensamma riktlinjer för FAL-kurserna utformas enligt följande, vilket fortfarande gäller:

- målgruppen enbart läkare,
 - de prioriterade utbildningsområdena behandlas i kursen,
 - utbildningens längd, teoridel 15 dagar, fördelas på flera internattillfällen,
 - tillämpningsuppgifter för hemarbete hämtas från deltagarnas egna arbetsplatser,
 - utbildningen ska präglas av aktiva deltagarinsatser och praktiskt uvecklingsarbete,
 - uppföljning ska ske på arbetsplatsen.

Den lokala anpassningen har kunnat ske genom att

- lärarkrafter engageras från egen region/landsting i stor utsträckning,
- utbildningen förankras lokalt genom referensgrupper eller annat sätt,
- organisationen för FAL-projekt/kurs varierar utifrån respektive landstings krav,
- lokala problem och behov har påverkat kursinnehållet. Bl.a. sker det genom tillämpningsuppgifter och deltagarnas skilda bakgrund, olika discipliner och arbetsplatser,
- uppföljning sker lokalt,
- FAL-kurserna kopplas till andra utbildningsinsatser för annan personal.

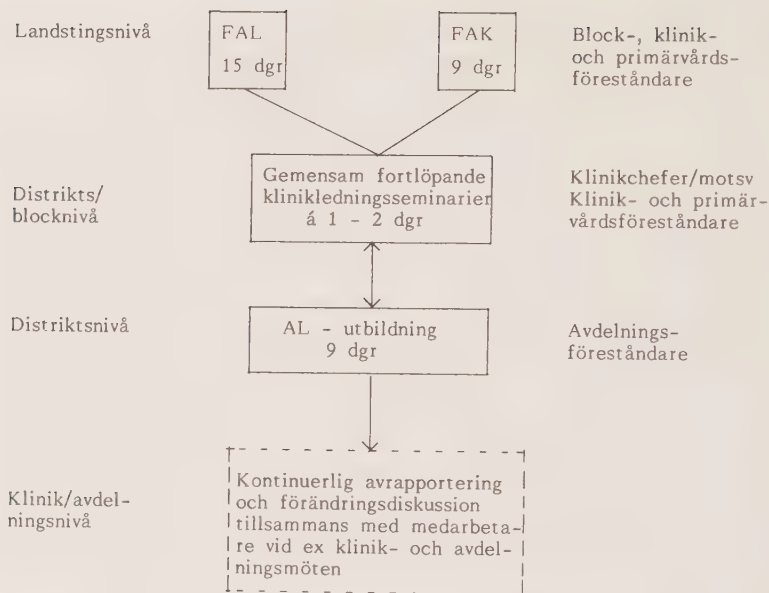
En fördel med regionala kurser är att läkarna träffar kolleger både från andra discipliner och andra landsting. Det ger större bredd i diskussioner och erfarenhetsutbyte än lokala kurser.



Figur 6:2. FAL "Modell Södermanland". (Efter Landstingsförbundet, 1982a, s. 14).

Samplanering mellan FAL-områdena har skett i Landstingsförbundets samplaneringsgrupp för FAL, Samplan-gruppen. En enkät till kursledarna 1982 visar att FAL-utbildningen utvecklats under de gångna åren genom tillvaratagande av kursdeltagarnas synpunkter i återkommande kursvärderingar. Det innebär att den ursprungliga modellen blivit tema med variationer, men att grundmodellen med återkommande internatkurser och hemarbete kring tillämpningsuppgifter och självstudier av litteratur gäller i samtliga regioner. Exempel på dessa kan ses i figur 6:2 "Modell Södermanland" och figur 6:3 "Modell Jönköping".

I stort följer kurserna en pedagogisk uppläggning som ger viss flexibilitet. Ramen med föreläsare i de ämnen, som ingår i en FAL-kurs, är given vid kursstarten, men de enskilda kursdeltagarnas val av tillämpningsuppgifter och utvecklingen av dessa ger inslag som direktanpassas till uppgifterna och arbetsplatserna. Genom synpunkter från kollegor inom andra discipliner vidgas vyerna på det egna projektarbetet och deltagarna lär av varandras erfarenheter. Utrymme kan även finnas för att tillgodose kursdeltagarnas önskemål om vissa speciella inslag i ett kommande internatavsnitt. Avsikten är att politiker och



Figur 6:3. FAL "Modell Jönköping". (Efter Landstingsförbundet 1982a, s. 14).

administratörer ska delta som resurspersoner i panel- och smågruppsdiskussioner.

Förändringar sker fortlöpande. Intentionerna är i samtliga FAL-regioner att en uppföljning ska ske lokalt tillsammans med klinikföreståndare och administrativ personal från det egna sjukhuset/landstinget för diskussioner kring lokala problem och rutiner. Ansvar för dessa ligger på de lokala administrationerna.

Utvecklingen av FAL har fortlöpande dokumenterats av Landstingsförbundet (1978, 1979, 1980, 1982). Inklusiv de centrala FAL-kurserna hade t.o.m. vårterminen 1985 genomförts 79 FAL-kurser med tillhoppa 1 739 läkare, varav 1.380 från slutenvård och 359 från primärvården.

Vidare undersökning kring FAL i samtliga regioner har hänskjutits till förslag om vidare forskning.

6.2. Utvärdering av FAL.

En enkätundersökning genomfördes av Landstingsförbundet 1979 för att få kunskap om effekter av FAL med syfte att få underlag för att göra bedömningar om resultat av utbildningen inför planering av fortsatt FAL-utbildning i lands-

tingen. Enkäten sändes till deltagarna i fem FALkurser, sammanlagt 116 st. 88 besvarade enkäten. Resultaten av enkätundersökningen redovisar Landstingsförbundet (1980) i FAL Rapport 3. De frågor som ställts avsåg att söka information om förändringar skett i a) attityder/synsätt, b) beteende, c) handling, påverkan av verksamheten.

Sammantaget gav enkäten följande resultat:

- FAL-utbildningen har medfört att nära 2/3 av de svarande har förändrad syn på sin administrativa roll och uppgifter.

- Deltagarnas beteende har påverkats så att drygt 60% anser att de agerar annorlunda i chefsrollen inåt den egna kliniken/motsv,

- drygt 45% anser att de agerar annorlunda i förhållande till andra enheter inom sjukhuset, och

- drygt 38% anser att de agerar annorlunda i förhållande till överordnade instanser och organ.

- Cirka hälften av dem, som inte alls påverkats i sin syn på administration, har inte heller agerat annorlunda efter kursen.

- Drygt 60% av deltagarnas tillämpningsuppgifter har vidareutvecklats och förts ut i praktiken.

- Ungefär hälften av de svarande är efter kursen aktiva i administrativt utvecklingsarbete. (Ur Landstingsförbundet 1980).

Det framhålls att målgruppen för enkäten endast är kursdeltagare, varför resultatet endast blir en beskrivning av hur dessa subjektivt upplevt kursens resultat. Den kan inte ges vidare räckvidd eller tolkas som utvärdering totalt. Av enkätsvaren framgår inte om deltagare, som inte uppger att de har ändrat inställning till administrativa uppgifter, redan förut var intresserade eller om de ändå inhämtat faktakunskaper i kursen som varit till nytta. Inte heller framgår om ledarskapet eller den psykiska och sociala arbetsmiljön på arbetsplatsen förändrats. Önskvärt hade varit med vittnesmål från exempelvis underställd personal om relationer, kommunikation, information, samråd etc. och om detta förändrats.

Lokalt sker utvärdering av FAL-kurser genom kursvärderingar, som deltagarna genomför efter varje internatperiod samt vid utbildningens avslutning. Kursvärderingarna ligger till grund för bedömningar vid planering av kommande kurser och påverkar till förändringar. Det ligger inte inom denna studies ram att göra någon sammanfattning av sådana kursvärderingar, men ett exempel ska dock kort beröras.

En kursledare ställer följande frågor till deltagarna:

- Vilka är de mest positiva effekterna av FAL?

- Vilka är de viktigaste effekterna av FAL?

- Vad kan göras för att följa upp och förstärka önskvärda effekter? (av administrationen — av kursledningen)

- De tre mest negativa erfarenheterna av kursen?

Ett sammandrag av sådana värderingar (1981) gav följande: Internatformen

var värdefull. Kontakten med andra (grupper, discipliner, andra arbetsplatser etc). Tillfälle till överblick och eftertanke, faktainhämtning. Perspektiv på den egna verksamheten. Funnit vägar till administrationen. Avdramatisering av administrativa ting och hur förvaltningen fungerar. Väsentligt ökade kunskaper.

Om effekter: Ökad förståelse för administrationen och administratörerna. Ökad medvetenhet. Bättre resursutnyttjande. Tänker mer övergripande. Samarbetsvillighet — det är billigare att spara. Ömsesidig förståelse. Förbättrad personalvård. Fler nya initiativ. Förslag för uppföljning och stärkande av önskvärda effekter vad gäller t ex: fortsatt utbyte av idéer mellan deltagarna, återkommande träffar, föra vidare information till hemmaplan.

Negativa effekter: Blandade uppfattningar om kursens längd. Några ansåg att två veckor i internat vore tillräckligt, andra ansåg att tre veckor behövdes + mellandagar på externat. Att "facket" uteblivit upplevdes negativt av några. Diffust definierade arbetsuppgifter. (Om det sistnämnda anmärker kursledningen att det var avsiktligt för att få igång diskussionerna och tvinga fram egna definitioner).

Denne kursledare hade också tillfrågat kontaktpersoner om erfarenhet (s.k. resurspersoner). Dessa upplevde bl.a. att de fått ökad förståelse för vikten av kontakt med läkarna samt nya idéer och vinklar på sina egna fackområden.

En minienkät till driftsansvariga administratörer i Stockholm och Göteborgsregionen beträffande FAL gjorde kursledningarna i Stockholm och FAL Väst gemensamt (1981). Den riktades till sjukhusdirektörerna och deras närmast berörda avnämare, t.ex. blockchefer.

Bland positiva effekter har i enkätsvaren nämnts: Ökad vilja hos läkarna efter FAL-utbildningen att ta på sig ett medicinskt-administrativt ledningsansvar. Ökad förmåga hos klinikchefer att själva hantera t.ex. ekonomiska problem. Ökad benägenhet att söka problemlösning på hemmaplan. Mer säkerhet genom att känna att problemen finns hos alla och att möjligheter finns att konferera över gränserna. Ökad förståelse för andra vårdgivare, administration och servicefunktioner.

Som negativa effekter nämns (i begränsad utsträckning) ingen beteendeförändring, endast hårdvaruinläring. Besvikelse finns i vissa fall över ej infriade förväntningar: Visst ointresse trots engagemang från lokal förvaltnings sida.

Med undantag av Landstingsförbundets rapport har ovanstående material ej publicerats. Uppgifterna har jag fått från kursledares arbetsmaterial och urvalet är "probability samples". Säkert finns fler undersökningar av liknande slag, mer eller mindre strukturerade eller bearbetade. Vad man söker är synpunkter och trender, som kan bidra till fortsatt förbättring av planering för kursverksamheten. Kursledningarna vill också följa upp utbildningen genom att utröna kursdeltagarnas behov av stöd och uppföljning på hemmaplan för att det ska bli resultat på lång sikt.

De här nämnda utvärderingarna och undersökningarna gör inte i något fall

anspråk på vetenskaplighet, varken i uppläggning eller bearbetning. De har använts som arbetsinstrument. Inte i något fall åberopas generalisering av resultaten till andra grupper. Dessa enkäter och kursvärderingar har ändå ett värde i sig och skulle tillsammans kunna ligga till grund för vidare undersökning.

Till praktiska resultat av FAL-kurserna hör de tillämpningsuppgifter, som deltagarna genomför inom ramen för kursen. Ambitionen för sådana uppgifter har inte varit att prestera fullständiga utredningar. Avsikten har varit, och är, att definiera problem och initiera utvecklingsarbete, samt att kursdeltagarna därvid ska tillämpa metoder och kunskaper som inhämtats i de teoretiska avsnitten av utbildningen. Större delen av dessa tillämpningsuppgifter syns ha slutförts. I många fall uppges att de lett till kostnadsbesparingar och utveckling av verksamheten. Rapporter och viss dokumentation finns hos respektive kursanordnare, då skyldighet finns för kursdeltagarna att inlämna detta till kursledningen, som arkiverar materialet.

Efter en enkätundersökning, som riktade sig till de första fem årens FAL-deltagare, redovisar Spri (Landstingsförbundet 1982) en sammanställning över mer än 500 sådana tillämpningsuppgifter. Materialet har av Spri sorterats med hänsyn till medicinskt verksamhetsområde respektive administrativt område. Det fördelas på de administrativa områden, som ingår i FAL-utbildningen, och ger följande:

Organisation	62 %
— drift/rutiner	
— strukturförändringar	
Medicinsk effektivisering	11 %
Ekonomi — planering	8 %
Personal	17 %
— personalutveckling/utbildning	
— personalledning/medbestämmande/	
”inre arbete”	
Klinikchefsrollen	2 %
(Landstingsförbundet, 1982)	

6.3. Fortsatt utveckling.

Sedan FAL-utbildningen etablerades regionalt som beskrivits har utvecklingen gått vidare. Av de exempel på modeller som illustrerats i figur 6:2 och 6:3 framgår att FAL-kurserna i en del landsting kommit att ingå i ett systematiserat arbete för ledningsutveckling. Läkare, som genomgått FAL-kurs, förväntas där efter delta i lokala aktiviteter tillsammans med administrativ och arbetsledande personal lokalt, främst klinik- och avdelningsföreståndare inom den egna och andra kliniker. Dessa har då i stor utsträckning genomgått kurser med inrikt-

ning på deras speciella arbetsområden. Utbildningsinsatserna syftar till utveckling av ledningsteam och samarbetsvägar inom sjukvårdsområdet.

Centralt inom landstingsförbundets fortbildningssektion har man arbetat vidare utgående från FAL, dels med att ta fram förslag och planer för kontinuerlig utbildning i administration för läkare, dels kurser för administrativ personal, som får lära om vårdarbetets produktionsvillkor, dels också seminarier om medicinsk effektivisering med sammansatt grupp av läkare, politiker och ledande administratörer inom sjukvårdsområdet. I bilaga 16 lämnas några utdrag ur informationsmaterial som producerats om detta.

Här slutar historiken om FAL. Denna del av avhandlingen har gett en översikt över hur utvecklingen inom sjukvården påverkat och lett till förändring av läkarens chefsroll och att stora krav ställs på läkare i ledande ställning vad avser kunskaper för administrativa, planerande och ledande uppgifter. Det har medfört att nya kunskapsbehov uppstått för läkare i ledande ställning. Jag har beskrivit hur FAL-projektet organiserades och hur utbildningsplaneringen genomfördes. Därav framgår hur analyser genomförts beträffande utbildningsbehov och målgrupper samt hur utbildningens mål växte fram liksom prioriteringen av innehåll och val av pedagogiska metoder. En kort översikt visar hur kursverksamheten genomförs ute i landet genom landsting i samverkan. Några kända försök till utvärderingar har tagits upp och behandlats. Slutligen har nämnts något om det fortsatta arbetet med utveckling av ett system av kurser och utbildningsinsatser, där FAL numera avses utgöra en liten pusselbit i strävan mot målet att utveckla och effektivisera verksamheten inom sjukvårdsområdet.

Till FAL återkommer jag i del IV. I närmast följande del av avhandlingen redovisas och diskuteras de teoretiska perspektiv, som jag valt till teoretisk ram och bakgrund för studien.

Del 3. Teoretiska perspektiv.

Med teori kan man, som flertalet forskare, avse ett system av begrepp eller sats-er, vars giltighet och inbördes relationer är logiskt eller empiriskt prövade. En teori kan också bygga på en rad icke prövbara antaganden och tolkningen av förhållandet mellan olika data.¹ Hur olika teorier utnyttjas i forskningen beror på valet av perspektiv (av latinets *perspicere* = se in i) avseende den verklighet som studeras. Med ett teoretiskt perspektiv avser jag det urval forskaren gör av sammanbundna antaganden, värderingar och normer, mer eller mindre empiriskt bearbetade eller prövade och sammanhängande. Här relateras de till utbildningsplanering, organisation och ledarskap (jfr Sandberg, 1975, Lindholm, 1979, Söderström, 1981a). I perspektivet ligger selektivitet (jfr Stensmo, 1979). Där framhävs generellt olika fenomen, samband, egenskaper etc, vilka kan bli avgörande för tolkning av data och värdering av forskarens arbete. Perspektivet inrymmer det sammanhang som forskaren ser fenomenen i och den inställning med vilken han/hon uppfattar och tolkar sina omedelbara intryck.

”Sammanfattningsvis får då perspektivet stå som en samlande beteckning för ett komplex av upplevda sammanhang kring och förhållning till problemet.” (Edfeldt & Jansson, 1978, s. 81).

Speciellt viktig är individens grad av medvetenhet om sitt perspektiv, menar Lindholm (1979) och erinrar, liksom Danielsson (1978), om betydelsen av forskarens position, d.v.s. om tolkningen sker från ett inifrån- eller utifrån-perspektiv. Utvärderarens roll som kommande utifrån diskuterar t.ex. Franke-Wikberg & Lundgren (1980).

Till perspektivens funktioner hör att de avgränsar vad som är möjligt att se samt att de kan konfrontera olika åsikter mot varandra och ge en vidare belysning:

”De avgränsar vad som alls är möjligt att se. De utgör en ram för tolkning av det vi kommer att se, annorlunda uttryckt: de förmedlar innebörd. Det i sin tur medför att de kan omskapa.” (Lindholm 1979, s.81).

”...dels att konfrontera motsatta åsikter på vissa viktiga punkter, dels att ge en mer allsidig bild genom att belysa ett större område än vad som eljest vore möjligt utifrån endast en utgångspunkt.” (Söderström 1981a, s. 132—133).

Perspektiv kan indelas efter olika teoretiska antaganden, intressenter eller intressesfär. I det följande redovisas de perspektiv jag valt för den teoretiska bak-

grunden till min undersökning, vilka också påverkat min uppläggning av studien. Den helhetssyn jag utgått från vid studien av FAL-projektet ledde till att speciellt två forskningsområden fokuserats; utbildningsplanering och organisation. I det senare har inkluderats ledarskapsteorier.

Utbildningsplaneringsperspektivet redovisas i kapitel 7. Som nämnts i kapitel 2 har jag valt detta därför att studien handlar om ett projekt för planering och genomförande av utbildning. Häri ingår antaganden som sammanhänger med utbildningsbehov och planering av utbildning samt en diskussion om utbildningens mål och funktion. Tre inriktningar berörs: ett systemteoretiskt, ett läroplansteoretiskt och ett utbildningssociologiskt perspektiv.

Jag har bedömt det nödvändigt att utöka den teoretiska bakgrunden med ett organisationsteoretiskt perspektiv, då FAL-projektet måste ses relaterat arbetsorganisationen och deltagarnas funktion i denna. I kapitel 8 redovisas några karaktäristiska drag för tre olika inriktningar inom organisationsteoretisk forskning. En överblick ges av läget inom ledarskapsforskning och ledningsutveckling, vilket kan ha betydelse för uppläggning av chefsutbildning.

I kapitel 9 fokuseras den fortsatta utvecklingen av perspektivet till sjukvårdens organisation och ledarskap inom denna. I samband därmed aktualiseras en teori om domäner som kan tillämpas för att förklara vissa fenomen i dessa sammanhang. Kapitlet avslutas med en sammanfattning av hur dessa resonemang påverkat uppläggnings av min undersökning kring FAL.

Kapitel 7. Utveckling av ett utbildningsplaneringsperspektiv.

”Utbildning kan definieras som en planerad verksamhet som syftar till att utveckla människors kunskaper, färdigheter, attityder och värderingar.” (SOU 1977:92, s.45)

”Personalutbildning: Planerade inläringssituationer för att påverka de anställdas beteende genom bibringande av kunskaper och färdigheter eller genom förändring av attityder.” (Personaladministrativ terminologi 1976, s.68)

Definitioner av begreppet utbildning kan variera, men gemensamt för dessa är att det handlar om planerade situationer för att åstadkomma påverkan för inläring. Planering är ett mångtydigt begrepp, då det finns många slags planering.

”Men låt oss grovt med planering mena medvetet och systematiskt förberedda åtgärder som får framtida konsekvenser.” (Gorpe 1978, s.85)

Relaterat personalutbildning ger Forsberg et al (1984, s.35) följande tolkning av begreppet utbildningsplanering:

”Att planera för personalutbildning innebär i stort att kartlägga och analysera utbildningsbehov, att fastställa mål, att prioritera olika utbildningsinsatser, att välja innehåll och pedagogiska arbetsformer samt att skapa goda förutsättningar i övrigt för utbildningen.”

Utifrån denna tolkning vill jag diskutera några sätt att se på planering av utbildning (jfr Dahllöf, 1970, Johansson, 1971, Gestrelus, 1970, Aspling & Lindestad, 1978, Wexley & Latham, 1981, Söderström, 1981b, Forsberg et al, 1984).

7.1. Skilda inriktningar.

Litteratur i ämnet utbildningsplanering redovisar att studium av fenomenen och forskning kring dessa sker från skilda utgångspunkter, på olika nivåer och med skilda synsätt. Dessa kan grovt hänföras till tre kategorier av perspektiv:

- ett systemteoretiskt perspektiv enligt vilket utbildning ses som system med inbördes relationer,

- ett läroplansteoretiskt perspektiv, som bl.a. studerar hur utbildningen styrs och formas i stort, styrmedel samt ”koder” och värderingar i termer av process etc,

— ett utbildningssociologiskt perspektiv, där utbildning kan betraktas som resurs och/eller maktmedel.

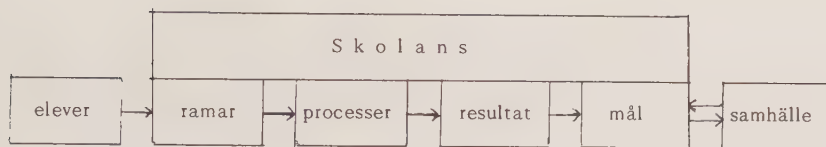
Systemteoretiskt kan strategier utvecklas på skilda nivåer. I makroperspektivet kan utbildningssystemet i sin helhet ses dels i relation till andra system i samhället, dels relaterat övergripande mål och som led i den totala samhällsplaneringen. På mikronivån kan det gälla undervisningen i enskilda ämnen, enskilda elever eller grupper av individer. Dahllöf (1970, 1978) påpekar att avgränsningen mellan nivåer inte är klar och att nivån måste ses i relation till utveckling inom ett givet problemområde. Ett systemteoretiskt synsätt kan närmast illustreras med Dahllöfs modell över utbildning och undervisning som system, enligt figur 7:1. Dahllöf utgår från eleven och skisserar skolan som ett system, där befintliga ramar verkar styrande på undervisning och mål. Eleverna utsätts för en påverkansprocess. Förlopp och utfall/resultat blir beroende av mål som styr processen.

Vid studie av FAL-kurser och annan personalutbildning kan principerna i detta resonemang överföras. Likartade modeller utvecklades inom utbildningsteknologin under 1950—60-talen (jfr Söderström, 1980, Franke-Wikberg & Lundgren, 1980). Dessa modeller utgår från ett systematiskt tänkande och stegvis planering av väl definierade elevgruppers inläring mot väl specificerade mål. Modellerna och resonemangen kom att påverka diskussioner om och planering av personalutbildning och de var i viss mån fortfarande aktuella under FAL-projektets tillkomst. En väsentlig skillnad mellan utbildningsplaneringen för det allmänna skolväsendet och för personalutbildning är att den förra ingår i system på samhällsnivå medan personalutbildningen företrädesvis planeras på organisations- och individnivå. Som underlag för beslut om mål och utbildningsformer krävs även på dessa nivåer olika analyser. Planeringen av FAL (kapitel 5) visar hur man kan utgå från identifierade behov i en organisation, för olika grupper etc (jfr Dahllöf, 1978, Landstingsförbundet, 1980e).

Ett starkt styrmedel inom det allmänna skolväsendet är läroplaner för skola och utbildning, vilka speglar samhällets övergripande syn på utbildning och utbildningsmål. I svenskt språkbruk är läroplan ett konkret dokument vari anges utbildningens mål, innehåll och fördelningen av tid för detta. Det engelska begreppet "curriculum" har en vidare innebörd. Det står inte bara för ett dokument av det slag som nämnts utan också för den filosofi och de föreställningar som ligger bakom en läroplan.

Ehuru man inte talar om läroplaner finns vanligen styrdokument av ett eller annat slag även för personalutbildning av den typ som FAL utgör. I studien av FAL har jag sett problemet utifrån det vidare begreppet, även om läroplaner i konkret mening inte varit aktuella. Bakom FAL finns mål och värderingar, riktlinjer etc. utifrån vissa föreställningar.

Lundgren (1979) pekar, i likhet med Dahllöf (1971), på hur skolans mål förändras över tid p.g.a. ändrade värderingar i samhället. För de grundläggande



Figur 7:1. Schematisk modell över utbildning och undervisning som system. Källa: Dahllöf (1970, s. 111).

principer, som finns bakom en läroplan använder Lundgren begreppet läroplanskod.

”Denna kod formas historiskt och i nutiden av existerande materiella och kulturella villkor samt föreställning om utbildning i olika politiska och administrativa processer.” (Lundgren 1979, s.22).

Den kod, som nu präglar läroplanerna för allmänna undervisningen i vårt land, bygger på en rationell uppfattning om att utbildningen ska bygga på kunskaper som individ och samhälle har nytta av. Grunden för planerna har rötter i pragmatism, individualism och rationalism.

FAL bör liksom annan personalutbildning ses som ett komplement till institutionell utbildning. Principerna för personalutbildning och chefsutveckling har nära släktskap med ovan nämnda rationella läroplanskod. Inriktningen är pragmatisk. Utbildningen ska vara till nytta för både organisationen och individerna. Individualism märks även allmänt i planer för personalutveckling, som kopplas till verksamhetsplaner, där val av åtgärder/utbildningsinsatser bygger på anställdas förutsättningar och arbetsuppgifter. Personalen utgör en resurs för utveckling av verksamheten.

Utbildningen styrs inte bara av de ideologiska dokument som anger utbildningens syfte, utan ännu mera direkt av vad som i det omgivande samhället definieras som vetande, betonar Lundgren (1979). Man lär sig inte bara vad faktainnehållet är, utan också vad det har för värde och något om sin förmåga i förhållande till ämnet. Intresse väcks som påverkar uppfattningen om vad som är värt att veta (jfr Lennung, 1973). Överfört till FAL kan då antas att kursdeltagarna både lär sig fakta och attitydpåverkas i förhållande till de administrativa ämnen som ingår i utbildningen.

I diskussion om utbildningsplanering ur ett sociologiskt perspektiv fokuserar Johansson (1970) på utbildningen allmänt som en resurs, vilken har betydelse för individens position i samhället. Utbildning och kunskaper kan ses både som ett medel att nå andra mål men också som ett mål i sig (jfr Johansson, 1979, Söderström, 1981b). Även Allardt (1977) pekar på utbildningens betydelse som resurs för styrning av de materiella livsvillkoren men framhåller också att den är utvecklande och kan bidra till individens självförverkligande.

Som en resurs för samhällsförändring ser Dahllöf (1971) att utbildning är i

och med att den skapar beredskap hos individen i termer av kunskaper och färdigheter, intressen och attityder, vilka kan begagnas till insatser för samhällsförbättring. Analogt med detta blir utbildning en resurs för organisations- och verksamhetsförändring. Utbildningen som en resurs för individer samt dess funktion för verksamhetens och organisationers utveckling diskuterar bl.a. Broström & Ekeröth (1977), Johansson (1979), Lennerlöf (1981), Söderström (1981b) m.fl.

Det individuella utbyte, som deltagaren i utbildning får av denna, kan beskrivas som en ökad resurs. Den norske sociologen Nordhaug (1983a, b) har utvecklat en analysmodell, vari sådant individuellt utbyte analyseras och klassificeras till olika kategorier. Modellen har bl.a. utnyttjats av Rønning (1985) vid utvärdering av arbetsmiljöutbildning.

Oavsett vilket av de nämnda synsätten eller perspektiven man väljer för forskning, torde planering av utbildning alltid utgå från någon föreställning om att det finns ett utbildningsbehov, d.v.s. ett kunskapsbehov, som bedöms kunna tillgodoses genom utbildningsinsatser.

För definition av utbildningsbehov inom företag eller förvaltning utgår jag från den situation, då man märker att ny eller ökad kunskap/färdighet behövs för att anställda ska kunna utföra sina arbetsuppgifter på ett bra sätt. Det kan bero på förändringar av något slag; nya lagar, ny organisation, nya rutiner, ny teknik etc. En "brist" upplevs, identifieras eller förutses, vilken bedöms kunna elimineras genom utbildning. Bristen kan påtalas av den anställde, av ledning eller andra intressenter. Det sammanhänger med de kunskaper, färdigheter och attityder som krävs för en viss befattning. Den utveckling som skett för läkare, vilket belysts i föregående del av avhandlingen, är exempel på detta. Dessa antaganden stämmer väl överens med vad Forsberg (1984) konstaterar efter en översikt av litteratur inom området.

En modell för diskussion om FAL illustreras i figur 7:2. Den kan vara utgångspunkt för diskussioner om utbildningsbehov som behöver tillgodoses, om syfte eller mål för FAL och resultat av FAL-utbildning utifrån olika "användarperspektiv".

Utbildningsbehoven kan diskuteras som individuella behov eller utifrån normgivarens; samhällets, arbetsmarknadens, företagets etc. behov. Ur individperspektiv kan diskuteras av anställda upplevda behov av utbildning till följd av arbetsuppgifter som läggs på dem. Det kan antas att individernas intresse och behov av utbildning är större i samband med förändringar i organisationen (jfr Larsson & Thång, 1985). Organisationen kan ha förväntningar och krav på vilka arbetsuppgifter, som läkarna ska utföra och hur de utförs. I kapitel 4 har vi kunnat se hur läkarna krävde utbildning, därför att de ställdes inför arbetskrav, som de inte fått utbildning för. Samhället har intresse av bl.a. ekonomi och politiska värderingar angående verksamheten. Situationsbetingat kan

Prioriterade ämnesområden	"Användarperspektiv"		
	Individ- perspektiv	Organisations- perspektiv	Samhälls- perspektiv
Ekonomi			
Organisation			
Planering			
Medicinsk effektivisering			
Personalledning			
	Professionell yrkesutövare chef, ledare beslutsfatt.	Verksamhet mål, ramar, problem, styrformer	Politiska mål, samhälls- ekonomi

Figur 7:2. Struktur för diskussion om FAL utifrån olika "användarperspektiv". (Fritt efter Söderström, 1980).

det exemplifieras genom att läkarens beslut får ekonomiska konsekvenser samt påverkar annan personals arbete.

Tidsperspektivet kan ha betydelse både för individen, organisationen och samhället. Analys av målen för FAL torde kunna klarlägga om utbildningen planerats för att täcka ett akut bristbehov eller om den är ett led i framåtriktad planering med sikte på önskade förändringar. Studien av FAL kan också klarlägga hur den samhälliga planeringen tillgodosett läkarnas administrativa kunskapsbehov ur tidsaspekten. För närmare belysning av utbildningsbehov i samband med arbetsledar- och övrig personalutbildning se Andersson & Nilsson (1966), Gestrelius (1970), Jerkedal (1973), Forsberg (1984) och Ed et al (1984).

7.2. Utbildningens mål och funktion.

Undervisningens funktion hänger nära samman med målen för utbildningen, vad man vill uppnå. Påverkan kan ses som en av utbildningens centrala funktioner. Här må uppmärksammas att funktion inom utbildning kan diskuteras på olika nivåer. Dels kan det gälla undervisningens ramar och processer relaterat önskat resultat, dels kan utbildningens funktion ses ur andra aspekter, t.ex. relaterat samhällsintresse eller organisationens respektive individens mål för deltagande i utbildningen⁶.

Vad gäller utbildningens funktion inom allmänna skolväsendet, diskuterar flertalet forskare utbildningens funktion bl.a. som 1) ekonomisk funktion, 2) socialisation och social kontroll, 3) sortering, 4) reproduktion, 5) förvaring (jfr Abrahamsson, 1974, Segerstedt, 1977). Man kommer här in på fenomen som arbetskraft, produktion och välfärd. Kan nämnda funktioner ha relevans för FAL?

Ökad kunskap/färdighet/förmåga inom ekonomiområdet kan antas medföra effektivare resursutnyttjande. Av ekonomisk vikt är anpassning och förändring i organisationen. Utbildningens funktion i dessa avseenden bestyrker bl.a. Söderström (1981b, s. 281):

”Personalutveckling har därför som en av sina viktigaste funktioner att medverka i organisationers kunskapsutveckling och bör ses som en strategi för att utveckla, bearbeta och sprida ny kunskap.”

I målen för FAL talas om verksamhetsutveckling. Utredningen med förslag till förnyad grundutbildning för läkare betonar behov av administrativa kunskaper m.h.t. att läkarens beslut får ekonomiska konsekvenser. Här kan klart ses en ekonomisk funktion som är av betydelse för organisationen och samhället.

Socialisation är ett begrepp som avser påverkan mot värdegemenskap, vilken pågår hela livet:

”Socialisationen, att eleverna införs i och konfronteras med det samhälle där de ska leva, att de görs förtrogna med där gängse betraktelsesätt, att de lär sig och fås att acceptera där gällande normer, är en av undervisningssystemets allra viktigaste funktioner.” (Johansson 1970, s. 21).

Översatt till organisationsnivå kan socialisationsfunktionen innebära en anpassning till organisationens normer och värderingar.² Lojaliteten mot målen och arbetsgivaren ses som viktiga (jfr Uggelberg, 1973, Granberg, 1981, Söderström, 1981a). Normer och värderingar kan skifta även inom organisationen. Exempelvis kan professionella yrkesgrupper ha normer som kan vara specifika i vissa avseenden. Om dessa avviker från andra yrkesgruppers normer och värderingar kan konflikter uppstå.

FAL förmedlar kunskap om huvudmannens och samhällets ekonomi, förutsättningar och mål för verksamheten mm. När läkarna får kunskap om ekonomiska förutsättningar och förståelse för sparmål, behov av förändringar etc, kan det medföra ökad lojalitet i dessa avseenden.

Sorteringsfunktionen kan innebära slussning till olika ”karriärer” eller specialistfunktioner beroende på lämplighet, intresse och/eller behov av arbetskraft/specialister inom skilda delar av verksamheten. Många läkare kan antas vara mer intresserade av sitt medicinska arbete med patienter och forskning än av personalledning och andra administrativa uppgifter. Det kan antas, att utbildning i administration ger medvetenhet som i någon mån kan påverka valet av vilka tjänster läkaren sedan söker till. FAL-utbildningen kan ha värde som

merit vid tillsättning av tjänster i ledande ställning.

Den reproduktiva funktionen, som inom allmänna skolsystemet avser reproduktion av kunskap för arbetslivet, kultur o.d. av värde för samhället, kan på organisationsnivå gälla överföring av kunskaper och erfarenhet, som finns inom verksamheten, till nyanställda, till elever och praktikanter etc. Om läkaren/chefen, som är handledare för yngre kolleger (ex. AT-läkare), genom administrativ utbildning blivit mer positiv till och kunnig i administrativa uppgifter, ekonomiska bedömningar o.d. kan detta intresse överföras.³

Förvaringsfunktionen kan ha relevans för personalutbildning i vissa fall men någon koppling mellan förvaringsfunktionen och FAL-utbildningen ser jag inte. Tvärtom nämns för läkare i chefsställning problem med att delta i utbildning p.g.a. svårigheter att erhålla vikarie. Frånvaron kan då medföra att arbete hopas under tiden och arbetsbördan ökar efter hemkomsten. En risk med detta kan vara att lojaliteten mot de dagliga sysslorna bidrar till att välbehövlig fortbildning i administration uppskjuts p.g.a. "tidsbrist".⁴

För personalutbildning saknas övergripande på nationell nivå fastställda utbildningsmål och läroplaner. Dock finns politiska målsättningar, som kan över sättas till samhälleliga önske-mål, om än de inte blir styrande utanför det statliga området.⁵ Samhällets intresse av och uppfattning om betydelsen av personalutbildning allmänt har belysts i bl.a. UFU (SOU 1977:92) och KAFU (SOU 1983:22) m.fl.⁶ Utredningen om statlig personalutbildning (SOU 1978:41) pekar på vikten av utbildning för administration och ledning. Samhällets intresse avseende FAL kan ses i relation till dess mål för sjukvårdsservice till invånarna och samhällsekonomiska överväganden.⁷

Mål och funktion torde för FAL liksom för andra chefskurser och personalutvecklande åtgärder ses som en satsning för verksamhetens utveckling, bättre tillvaratagande av resurser och ökad effektivitet. Denna ansats styrks av medbestämmandeavtal, som träffats mellan parter på arbetsmarknaden. Samtidigt finns personalpolitiska skäl, som gör att man vill tillgodose anställdas intresse av trivsel, personlig utveckling och yrkesskicklighet etc.⁸ I medbestämmandeavtalet för kommuner och landsting, MBL-KL 80 (Landstingsförbundet, Kommunförbundet 1980), har parterna enats om personalutbildningens syfte utifrån verksamhetens behov och inom ramen för tillgängliga resurser.⁹

Till utbildningsplaneringsperspektivet hör utvärdering av undervisningen. Då detta område fått en särskild betydelse för fall-studien, återkommer jag till utvärdering i en introduktion till denna (kapitel 10).

Noter.

1. "Innebörden i begreppet teori är närmast liktydigt med en förklaring som dels bygger på en rad icke prövbara antaganden om det fenomen som studeras liksom om vad kunskap är och hur kunskap organiseras, vilka i sin tur relateras till gjorda antaganden om samhälle, utbildning och människa, och dels på tillgängliga data om fenomenet ifråga och på tolkningen av förhållandet mellan olika data." (Franke-Wikberg & Lundgren, 1980 s.147).
2. Exempel kan vara introduktionsutbildning för anställda, vilken kan ses som ett led för att slussa in dessa på arbetsplatsen och då inte enbart till arbetsuppgifterna som sådana utan också lära ut normer och värderingar som gäller inom organisationen.
3. I en del intervjuer med läkare i FAL-projektet har nämnts att man hade en skicklig klinikchef, som också var intresserad och duktig administratör, och att detta bidrog till att skapa intresse för de administrativa uppgifterna.
4. Förvaringsfunktionen, som nämns i samband med allmänna skolväsendet kan i förstone tyckas orimlig i samband med personalutbildning. Det kan dock förekomma vid tillfällig arbetsbrist. I stället för att permittera eller avskeda anställda kan dessa placeras i utbildning eller som ersättare för annan personal som det anordnas utbildning för. Förvaringsfunktionen ingår då i personalplaneringen. Utbildning kan då bidra till ökad kunskap och utveckling inom företaget, samtidigt som man har kvar den upplärda arbetskraften och deras kunskaper stannar i organisationen. I samband med företagsnedläggning och strukturförändringar kan det förekomma av arbetsmarknadsskäl.
5. Utbildningspolitiska målsättningar kan struktureras som a) individorienterade, b) samhällsanpassade, c) samhällsförändrande och d) organisationsförändrande (jfr Johansson, 1970, Dahllöf, 1971, 1978, Abrahamsson, 1974, Lundgren, 1979, SOU 1977:92, SOU 1983:22). Se även Söderströms (1981b) avhandling om personalutveckling i arbetslivet och återkommande utbildning.
6. KAFU (SOU 1983:22) framhåller att möjligheten att utbildas och utvecklas i arbetet också har en utbildningspolitisk betydelse ur samhällets synpunkt.
7. Jämförelse kan här göras med personalutbildning inom skolan. SÖ uttalar t.ex. att man ser personalutbildningen som styrinstrument för utveckling av skola och vuxenutbildning:

"Personalutbildning bör därför utgå från de mål och riktlinjer som skall styra utveckling och ge kunskaper inom de utvecklings- och ämnesområden som man lovat valt att arbeta med." (Skolöverstyrelsen 1984, s.24—25)
8. Som nämnts i kapitel 4 har man inom Sveriges Läkarförbund diskuterat meritvärdering vid tillsättning av högre läkartjänster, där administrativa och ledande uppgifter ingår.
9. I medbestämmandeavtalet för kommuner och landsting (MBA-KL 80 och MBA-KLU 80) har parterna enats om personalutbildningens syfte att den utifrån verksamhetens behov och inom ramen för tillgängliga resurser ska

"— utveckla den kommunala verksamhetens effektivitet och stärka beredskapen inför ändringar,
— underlätta den personliga utvecklingen för de anställda och medverka till en god arbetsmiljö, tillfredsställelse i arbetet och trygghet i anställningen,
— skapa förutsättningar för de anställda att engagera sig i och påverka fortlöpande utveckling av företagsdemokratien,
— förmedla kunskaper, att utveckla färdigheter och ändra attityder.

Kapitel 8. Utveckling av ett organisationsteoretiskt perspektiv.

Begreppet organisationsteoretiskt perspektiv har jag gett en vid, tvärvetenskaplig tolkning, emedan organisationsteori är ett snabbt växande, mångtydigt och klart tvärvetenskapligt kunskapsområde. Antaganden som sammanhänger med anställdas situation på arbetsplatsen, har inlemmats i organisationsteorin. Bl.a. diskuteras ledarskapets betydelse för effektivitet och för de anställdas arbetstillfredsställelse (jfr Söderström, 1983). I detta kapitel behandlas några allmänna organisationsteoretiska utgångspunkter. En kort redovisning av forskningsläget vad gäller ledarskap och ledarutveckling ingår.

8.1. Några organisationsteoretiska överväganden.

”Organisation (av grekiskans organon: redskap, verktyg), anordning, ordnande, planläggning; sammanslutning inrättning.” (Bra Böckers Lexikon, band 18, s. 9)

Uppslagsbäckers definition av organisation är kortfattad. Mer utförligt definieras begreppet av organisationsteoretiker och sociologer. Man ser organisationer som sociala enheter. Gemensam nämnare är att människor genom planerade och koordinerade aktiviteter strävar mot att nå vissa mål (jfr Etzioni, 1961, 1972, Schein, 1974, Thompson, 1977, Abrahamsson, 1978, Berg, 1981).

I stort kan de organisationsteorier, som växt fram under 1900-talet, hänföras till tre olika perspektiv: ett rationalistiskt, ett systemteoretiskt och ett aktörsinriktat perspektiv. De kan också ses som forskningsinriktningar utgående från skilda föreställningar (jfr Abrahamsson, 1978, Berg, 1981, Söderström, 1981a).

Abrahamsson (1978) ser två utmärkande drag hos den rationalistiska ansatsen: 1) Organisationens handlande ses som en funktion av mål, vilka uppställs av organisationens huvudman. 2) Det antas att de, som ska omsätta målen till praktisk handling är kapabla att företa en inventering av olika alternativa sätt att uppnå målen, samt har förmåga att välja adekvata medel för att fullfölja detta på det mest ekonomiska sättet (ekonomi i vid mening).

Den rationalistiska modellen grundar sig på ett konfliktperspektiv. Människor har olika mål och dessa mål kan vara andra än organisationens mål (jfr Argyris, 1974).

”Rationalismens utgångspunkt är att människor har olika mål och att dessa mål kan vara — och ofta är — oförenliga med organisationens mål. För att få individen att arbeta i överensstämmelse med organisationens mål krävs t.ex. ett välutvecklat mål/medelsystem med därmed sammanhängande kontrollmekanismer... Regelsystemet är den försäkring huvudmannen har att organisationen arbetar i en för honom önskvärd riktning.” (Berg 1981, s.56)

Tydlig släktskap med det rationalistiska perspektivet har en mekanistisk organisationstyp, vilken karaktäriseras av noggrant planerad arbetsfördelning, hierarkisk auktoritetsstruktur, centraliserad information och ordergivning. Samma egenskaper finner Albrow (1972) i byråkratiska organisationer¹. Uppdelningen av arbete och ansvarsområde i en organisation medför så gott som alltid något slags hierarki. I byråkratiska organisationer är detta fenomen påtagligt. Sjukvården nämns ofta som byråkratisk och hierarkisk. Abrahamsson (1978), Berg (1981) och Albrow (1982) m.fl. beskriver byråkrati som rationell med ursprung från den tyske sociologen Weber.²

”Den mest dominerande tesen av Weber är ju emellertid hans påpekande av byråkratins egenskaper som planerad och rationell administrationsform.” (Abrahamsson 1978, s.80).

Till rationalismens karaktäristika hör utbytbarhetstesen:

”Den rationalistiska metoden implicerar ett mekanistiskt synsätt: den ser organisationen som en struktur av manipulerbara delar, där varje del kan ändras separat för att öka helhetens effektivitet. Förändringar sker avsiktligt och utbyte eller modifiering av en del kan genomföras utan att andra delar störs.” (Abrahamsson 1978, s.80)

Jämte konfliktperspektivet är utbytbarhetstesen den mest markanta skillnaden mellan rationalism och systemteoretiskt synsätt. Från det senare har ett flertal forskare utgått vid studie av sjukvårdsorganisationen, exempelvis Rhenman (1966), Johnsen & Hedegaard (1974), Svalander (1979).

Systemsynsättet betonar helheten och de ingående delarnas samverkan och beroende. Genom samverkan mellan ingående komponenter och deras relationer erhålls effekter som blir mer än summan av de ingående delarna.

”Systemsynsättet antar till skillnad från det analytiska att *verkligheten* är arrangerad på ett sådant sätt att *helheten avviker från summan av delarna*. Detta för med sig att relationerna mellan helhetens delar blir väsentliga, då dessa ger dylika plus- och minuseffekter (synergi).” (Arbnor & Bjerke 1981, s.4. Orig. kurs.)

Utmärkande för systemsynsättet är att man ser en strävan till jämvikt mellan delarna och att förändringar i en del av systemet påverkar andra delar (jfr Emery 1973). Förändring i ett delsystem medför någon form av anpassning i andra delsystem. Relativitetsteorin för system är att dess ingående komponenter kan ingå i ett större sådant, kallat supersystem. Arbnor & Bjerke talar i detta sammanhang om olika förstoringsnivåer. Sjukvården i Sverige kan då exempelvis ses som ett supersystem, vari ingående vårdcentraler, sjukhus, avdelningar

etc utgör exempel på olika förstöringsnivåer. Inom dessa nivåer i verksamheten finns människor som agerar och fattar beslut, vilka påverkar organisationen och verksamheten. De kan kallas aktörer.

Grundtanken i aktörssynsättet är att organisationen alltid består av ett antal grupper och individer. Taktiken blir då att gå in i systemet och se individerna som subjekt, analysera deras aktiviteter, vad de gör, intentioner för handlingar och kognitiva filter. Man kan enligt aktörssynsättet säga att verkligheten är "socialt konstruerad", att människan och verkligheten står i ett ömsesidigt, dialektiskt, förhållande till varandra.

"...människan skapar verkligheten samtidigt som verkligheten skapar människan". (Arbnor & Bjerke 1981, s.33).

Beskrivningen av verkligheten utgår från hur aktörer (individer) tolkar situationer, upplever och handlar i verkligheten.

I en organisation har vanligen vissa individer mer makt och påverkansmöjlighet än andra, speciellt i en hierarkisk organisation som sjukvården är. Oavsett makt eller inte så agerar och reagerar individerna. Det som sker i en organisation, sker genom att aktörer handlar. Man kan göra en distinktion mellan handling och beteende. Handlingen/agerandet föregås av en tolkning eller uppfattning av situationen, som aktören befinner sig i, och en subjektiv förståelse för denna. Aktörer är subjektivt rationella. Ur aktörens synpunkt är handlingen rationell (jfr Svalander, 1979, Silverman, 1981, Arbnor & Bjerke, 1981).

Individer i chefsställning är oftast aktörer. Deras uppfattning och tolkning av situationer blir beroende på kunskap och inställning/attityd till fenomenen. Detsamma gäller den underställda personalen, fackliga företrädare, personal på andra nivåer i organisationen o.s.v. Interaktion och relationer blir av stor betydelse. Aktörens beslut/handling kan leda till konflikter men också bidra till lösande av sådana. Relationer inom arbetslaget och mellan enheter kan påverkas positivt eller negativt. Det kan ha betydelse för enhetens effektivitet. För individen i organisationen har chefens och andra beslutares uppfattning, tolkning och agerande mycket stor betydelse. Bl.a. påverkas förhållandet mellan individ och organisation, vilket kan belysas i teorier om motivation och arbetstillfredsställelse.

Utbildning kan antas leda till kunskaper, vilka medför att kursdeltagaren efter utbildningen interagerar med sin omgivning på ett annat sätt. Kunskaperna påverkar tolkningen av situationer. Detta får då en särskild betydelse i arbetssituationen, när aktören har en funktion med ledning och beslutanderätt. Dennes utövande av ledarskapet får konsekvenser.

8.2. Ledarskap, forskningsläge.

Forskning om ledarskap pågår sedan början av 1900-talet. I en litteraturöversikt inom området redovisar Borgbrant (1979) att forskningsrapporter, som belyser ledarskap i olika sammanhang, har utkommit i stort antal varje år. Resultaten är motsägande, påpekar Borgbrant. Terminologin är omfattande och definitionerna allt annat än enhetliga, vilket kan vara ett stort problem. Borgert (1978) visar, i likhet med Rohlin (1974), på hur teorier utvecklats och att synen på ledarskap vidgats att gälla hela organisationen.

Forskningen har visat att man måste skilja på begreppen chef, ledare och ledarskap. I senare tids litteratur står vanligen termen ledare för det informella ledarskapet, medan termen chef avser den person, som formellt innehar en chefsbefattning, en position inom organisationen. Forskningen rör sig mot ett större inslag av systemtänkande och ledarskapet ses som en inflytandeprocess. Den kan då vara en funktion av a) personen, b) beteendet, c) resultaten av beteendet, d) inflytande från omgivningen, e) feed back. Ledarskap som process definierar Lennerlöf enligt följande:

”Ledarskap är sålunda inte något som finns ’hos’ en person, det är en process mellan två eller flera personer. Det *ledarskap en person utövar i förhållande till vissa andra personer utgörs av den påverkan hon har på dessa andra* (vanligen lägger man till: i avsedd riktning).” (Lennerlöf 1982, s.18. Orig.kurs.)

Trots mängden av forskningsresultat vet man relativt lite om vad en ledare verkligen gör. Några konstaterar att a) en chefs tillvaro består av många, oftast kortvariga aktiviteter, b) avbrotten är många, c) kontaktnätet är stort och sträcker sig långt utanför den egna arbetsgruppen, samt d) tyngdpunkten ligger på muntlig kommunikation (jfr Carlsson, 1964, Mintzberg, 1972, Borgbrant, 1979).

Chefskapet kan innefatta ett flertal funktioner, vilka i stor utsträckning i dagligt tal hänförs till begreppet administration (jfr SOU 1978:41). I samband med ett FoU-projekt avseende ledningsutveckling inom statsförvaltningen har Söderström listat åtta olika ledningsfunktioner, vilka har betydelse för ledarrollen och konkret ledningsutövning. Det berör beslutsfunktion, sakkunskap, personal- och ekonomiadministrativa uppgifter, verksamhetsplanering och -utvärdering, den socialpsykologiska ledarrollen samt funktioner som arbetsgivarens representant i olika sammanhang.

”Funktionernas innebörd kan bestämmas — eller i vart fall påverkas dels av den som utövar ledningsfunktionen, dels näromgivningen inom ramen för visst kontext, dels av övergripande organisations- och miljöfaktorer.” (Söderström 1979, s.40).

Söderströms modell kan ha relevans i forskning kring läkarens roll som chef och vid utbildning för dessa uppgifter. Sjukvården (som berörs i denna studie) ingår i offentlig förvaltning, den landstingskommunala verksamheten. Delegationsbestämmelser avseende ansvar och beslutsbefogenheter kan variera mellan

olika landsting och mellan sjukhus, men läkare i positionen blockchef, klinikchef eller distriktsöverläkare etc. kan mycket väl utöva samtliga åtta funktioner i olika sammanhang.

Forskare har under senare tid kommit fram till att se på ledarskap som en funktion med flera dimensioner. Särskilt har uppmärksamats ledarens inriktning mot produktivitet kontra inriktning med hänsynstagande till personalen. Vanliga termer är produktionsinriktning eller strukturering respektive personalinriktning eller konsideration (jfr Lennerlöf, 1968). Överfört till sjukvården kan antas att den läkare, som är mer intresserad av sitt medicinska arbete än personalledning och därtill hörande uppgifter är övervägande produktionsinriktad. Exempel därpå ger Svalander (1979, s.101):

”Även om han anser problemet OPC angeläget så ser han inte vad han kan göra och är dessutom klart mer intresserad av sina läkar- och forskningsuppgifter än av administration.”

I diskussioner om mål för FAL-utbildningen var dessa områden en viktig faktor och det har, som nämnts, uttalats i målen för FAL att utbildningen ska bidra till ökad medvetenhet hos läkarna i dessa avseenden.

Borgbrant (1978) fann styrkt i forskningsrapporter, att vissa ledaregenskaper och ledarkaraktäristika har starkt samband med effektivitet i ledarskapet. Av dessa kan nämnas

- hög grad av både produktionsinriktning och personalinriktning,
- kompetens och förmåga att planera och organisera,
- kommunikationsförmåga och inflytande uppåt,
- förmåga att vara flexibel i beteendet under skiftande förhållanden och kunna bemästra stressituationer,
- förmåga att hantera konflikter inom grupper och mellan nivåer.

Dessa synsätt och kunskaper har givetvis starkt påverkat utbildning och träning för ledarskap men också på strävan att utveckla arbetsgrupper och ledningsfunktioner. Borgbrant konstaterar att forskningens ståndpunkt numera syns vara att utbildning och utveckling hör till förutsättningarna för att vara en bra ledare. Personliga faktorer, som förr ansågs viktiga, har numera kommit i bakgrunden.

En ändrad syn på individen i arbetslivet har säkerligen bidragit till ändrade krav på chefer. Chefsutbildning och ledningsutveckling är åtgärder för att möta dessa krav (jfr SOU 1978:41). Ledare står i ökad utsträckning inför nya problem, där förmåga till nytänkande är viktigare än tidigare förvärvad fackkunskap. Den snabba utvecklingen och turbulenta omgivningen gör det nödvändigt att snabbt anpassa ledarskapet till nya situationer. Naveus uppställde redan 1974 följande allmänna mål för ledarutvecklingen, vilka fortfarande kan anses giltiga:

- att ge ökad insikt och förståelse för mänskligt beteende i sociala sammanhang,

- att utveckla förmågan att se saker och ting i större sammanhang, i relationer, t.ex. individ-organisation, samhälle-teknologi-värderingar,
- att tillföra ledarna de kunskaper och färdigheter som är relevanta för den aktuella ledarfunktionen.

För att uppfylla dessa inlärningsmål krävs både gruppdynamisk träning och kunskapsinläring. Vi kan här se att dessa mål sammanfaller i stort med de resonemang som fördes under planeringen av FAL. Det gör också den generella målsättning för ledar- och chefsutveckling som Jerkedal (1967, s. 30) uttalat:

”the ultimate goal of management education is definably improved behavior in one or more respects.”

Chefs- och ledarutveckling ses som viktig³ och har ökat lavinartat under de senaste decennierna. Den har förändrats och omfattar numera ett stort spektrum av åtgärder, från mer traditionell chefsutbildning till okonventionella ledarutvecklingsprogram, ibland kombinerad med träning tillsammans med arbetsgruppen. Denna utveckling kan också ses i perspektiv av den strävan som råder inom organisationer att tillvarata samtliga medlemmars förmåga och resurser. Naturligt kan då vara att starta med chefsutveckling för att därefter övergå till personalutveckling omfattande all personal. Rohlin (1974) framhåller exempelvis, att en av chefens viktigaste funktioner är att utveckla sina medarbetare. Chefsutvecklingen blir då inte ett mål i sig utan ett medel för att möjliggöra verksamhetsutveckling (jfr SOU 1978:41, Borgbrant, 1978, Granberg, 1981, Jerkedal, 1986).

Man får inte heller glömma, att organisationens utformning och de system som inryms däri, har betydelse för ledarskapet. Organisationens och styrsystemens utformning kan begränsa individens (och arbetsgruppens) möjligheter till ökad personlig medverkan i arbetet och utveckling av relationer. Brunanders (1975) slutsats är att ledarskapet påverkas genom att dessa system präglar såväl arbetsledare som gruppchefer och avdelningschefer. Ledningsorganisationens betydelse för ledarskapets resultat inom sjukvården speglar Svalander (1979, s.90):

”Allt tyder på att det är ledningsorganisationen i sig, såväl för operationscentralen som för sjukhuset som helhet, snarare än de personer som satt i olika chefspositioner, som förklarar varför problem hanteras så illa...”

Mot bakgrund av här ovan förda allmänna organisationsteoretiska resonemang vill jag i nästa kapitel diskutera några speciella kännetecken hos sjukvårdsorganisationen som tillsammans gör det möjligt att anlägga ett organisationsteoretiskt perspektiv vid den fortsatta analysen av FAL-projektets tillkomst och utveckling, samt utbildningens genomförande och resultaten.

Noter.

1. I en analys av skilda uppfattningar om vad byråkrati är har Albrow (1972) funnit följande: 1) rationell organisation, 2) organisatorisk ineffektivitet, 3) tjänstemannavälde, 4) statlig förvaltning, 5) tjänstemannaadministration, 6) organisationen i sin helhet, 7) det moderna samhället.
2. Albrow har med Weber som källa funnit att byråkratin i sin mest rationella form förutsatte legitimitet och auktoritet samt att den utmärktes av vissa speciella egenskaper. Se Albrow 1972, s.44—45.
3. Granberg (1981) påpekar att det stora intresset för chefsutbildning är naturligt, då det blir allt klarare att de anställda är den stora resurs som kan möjliggöra ytterligare effektivitet. För detta är chefer nyckelpersoner. Se även SOU 1978:41.

Kapitel 9. Några karaktäristika hos sjukvårdsorganisationen och läkarens chefsroll.

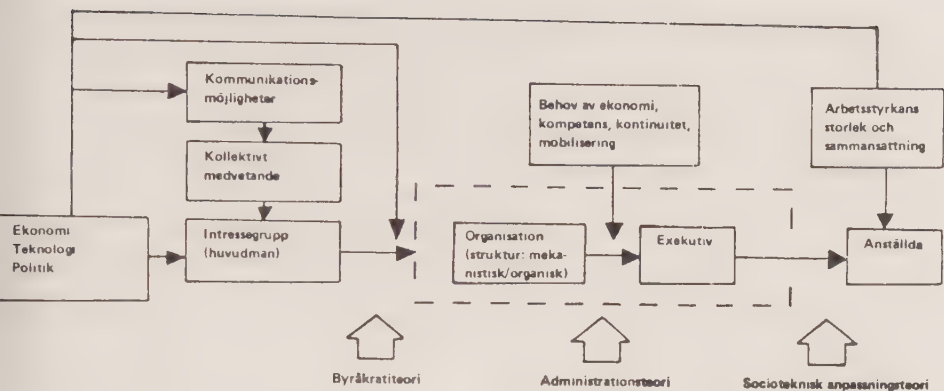
I kapitlet granskas först organisationen utifrån de olika forskningsinriktningar jag diskuterat i föregående kapitel. Därefter speglas några karaktäristika som gäller läkarens/chefens uppgifter. Slutligen ges en kort sammanfattning om perspektivets betydelse för studien.

Den här beskrivningen av sjukvårdsorganisationen och av ledarskap inom sjukvården är fragmentarisk och långt ifrån heltäckande. Det är ett försök att spegla komplexiteten i organisationen och samband, som har betydelse för chefskapet inom densamma. Jag redovisar ett "utifrånperspektiv" som det ter sig genom litteraturstudier, samtal med läkare och annan sjukvårdspersonal samt egna erfarenheter under sju år som administrativ tjänsteman vid sjukhus. Framställningen fokuseras i huvudsak till den slutna vården. Principiellt kan resonemangen gälla också för primärvården, men givetvis finns skillnader beroende på om det är små, spridda enheter eller en stor vårdcentral, liten eller stor klinik respektive mellan små och stora sjukhus.

9.1. Några särdrag hos sjukvårdsorganisationen.

Verksamheten är påbjuden i lag. Landstingen och de landstingsfria kommunerna är ålagda att tillhandahålla hälso- och sjukvård åt invånarna inom respektive geografiska område. Ansvaret för sjukvården ligger hos en folkvald församling, landstinget respektive kommunfullmäktige, som har att besluta om dess omfattning, inriktning och finansiering. Under dessa finns utskott, nämnder, distriktsstyrelser, direktioner etc. Exempel på organisationsskisser finns i bilaga 11.

Tidigare detaljstyrning i lag och stadga upphörde då hälso- och sjukvårdslagen, HSL, (SFS 1982:763) trädde i kraft den 1 januari 1983. Den öppnar möjligheter för förändringar, men fortfarande kommer att finnas politiska, administrativa och serviceproducerande nivåer. Inom både primärvården och den slutna vården är organisationen hierarkisk och kan sägas ha en auktoritär struktur. Organisationens komplexitet varierar givetvis beroende på vilken förstoringsnivå man utgår ifrån: om det gäller hela sjukvårdsområdet, en klinik, en vård-



Figur 9:1. En processmodell för studie av organisationer. (Abrahamsson, 1978, s. 153).

central eller en enskild avdelning etc (jfr Borgenhammar & Margulies, 1974).

Abrahamsson (1978), som förespråkar en rationalistisk organisationsteori, har konstruerat en modell för studie av organisationer och byråkrati. (Figur 9:1). Applicerad för beskrivning av sjukvårdsorganisationen leder den till följande resonemang: Sjukvården, den del som ingår i studie, är offentlig verksamhet. Huvudman är det politiskt valda landstinget (motsv), som ålagts anordna hälso- och sjukvård för invånarna inom sitt geografiska område. Huvudmannen anger verksamhetens mål och inriktning samt omfattning. Det sker genom upprättande av planer för verksamheten och beslut om resurstilldelning. Omfattningen styrs genom att ekonomiska ramar tilldelas respektive delar av verksamheten.

Huvudmannen tillsätter exekutiv. Sjukvårdsdistriktets/sjukhusets exekutivgrupp består dels av en politiskt vald styrelse/direktion, dels en anställd cheftjänsteman (sjukhusdirektör, områdeschef eller motsvarande) samt chefsläkare.¹ Huvudmannen strävar mot full rationalitet, men genom ekonomiska och teknologiska faktorer samt politiska processer i samhället begränsas rationaliteten. Andra hinder kan vara, att personer med påverkansmöjlighet och rätt att fatta verkställighetsbeslut leder verksamheten på ett sätt som avlägsnar från huvudmannens ursprungliga intentioner. Detta faller då under byråkratiteorin och blir det som Abrahamsson (1978) för sin del vill inrymma i definitionen av byråkrati.

Teorin har aktualitet för FAL-utbildningen. Kursdeltagarna är medicinska ledare och de har nyckelpositioner inom sjukvården. De fattar verkställighetsbeslut. De kan förväntas bättre leda verksamheten så att den genomförs i enlighet med huvudmannens mål, om de genom utbildning får bättre kännedom om och förståelse för förutsättningar, mål och intentioner. Det skulle då kunna leda mot ett mer rationellt handlande.

Till sjukvårdens karaktäristika hör att den inom sig har flera mellan varandra beroende hierarkier. Ett sätt att särskilja dessa hierarkier i stort kan vara att se dem hörande till skilda auktoritetsområden eller domäner. En teori för att förklara och förstå organisatoriskt beteende inom "människohanterande" organisationer, exempelvis sjukvård, undervisning etc, presenterade Kouzes & Mico (1979). Inom Human Service Organizations (HSO) urskiljer de tre distinkta domäner: The Policy Domain, the Management Domain och the Service Domain. De pekar på skillnader i principer, mått för framgång, struktur och arbetssätt enligt följande:

The electorate — Policy domain:

Principles: Consent of the Governed

Succes Measures: Equity

Structure: Representative, Participative

Work Modes: Voting, Bargaining, Negotiating

Management domain:

Principles: Hierarchical Control and Coordination

Succes Measures: Cost efficiency, Effectiveness

Structure: Bureaucratic

Work Modes: Use of Linear Techniques and Tools

Service domain:

Principles: Autonomy, Self-regulation

Succes Measure: Quality of Service, Good Standards of Practice

Structure: Collegial

Work Modes: Client specific, Problem-solving.

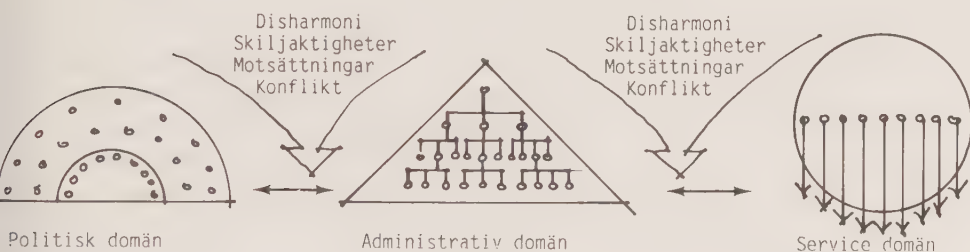
(Kouzes & Mico, 1979, s.458)

P.g.a. dessa olikheter uppstår disharmoni, missförstånd och konflikter, menar Kouzes & Mico. I figur 9:2 har jag gjort ett försök att översätta dessa idéer till en modell som kan illustrera förhållandet inom den svenska sjukvården, där vi har en politisk, en administrativ och en verksamhetsnivå, här kallad service domän.² Styrande är den politiska nivån, en folkvald församling: landstinget eller kommunfullmäktige, distriktsstyrelse etc. Förvaltningsorganisationen/ administrationen är byråkratisk och hierarkisk. Sjukvårdsproduktionen vilar på professionell grund och verksamheten riktar sig utåt mot enskilda individer. Inom sjukvårdsverksamheten finns givetvis också en hierarki beroende på kunskaps- och ansvarsstruktur, men arbetssättet och värderingarna skiljer sig från administrationens.

De tre nivåerna i organisationen fungerar och arbetar efter skilda principer med skilda normer för resultatmätning. De har olika strukturer och skilda arbetssätt. Dessa skiljaktigheter mellan de olika nivåerna/domänerna innefattar i sig risker för disharmoni och motsättningar. I själva systemet finns alltså inbyggt förutsättningar för motsättningar och konflikter.

Dessa konflikter kan då inrymmas i Abrahamssons modell (figur 9:1) under såväl byråkrati- som administrations- och socioteknisk teori. Utveckling av

	POLITISK DOMÄN	ADMINISTRATIV DOMÄN	SERVICEDOMÄN
	Folkvald församling	Ledning/förvaltning	Vårdproduktion
Principer:	Bifall, samtycke,	Hierarkisk samordning och kontroll	Autonomi, självreglerande
Framgångsmått:	Rättvisa ¹²⁾	Prestationer/kostnad, Effektivitet	Kvalitet på service, Goda normer/praxis
Struktur:	Representation, Deltagande	Hierarkisk, Byråkratisk	Kollegial, Samverkande
Arbetsätt:	Röstning, beslut, förhandling, köpslående	Linjära styrsystem, Adm. tekniker	Klient/patientinriktat Problemlösande



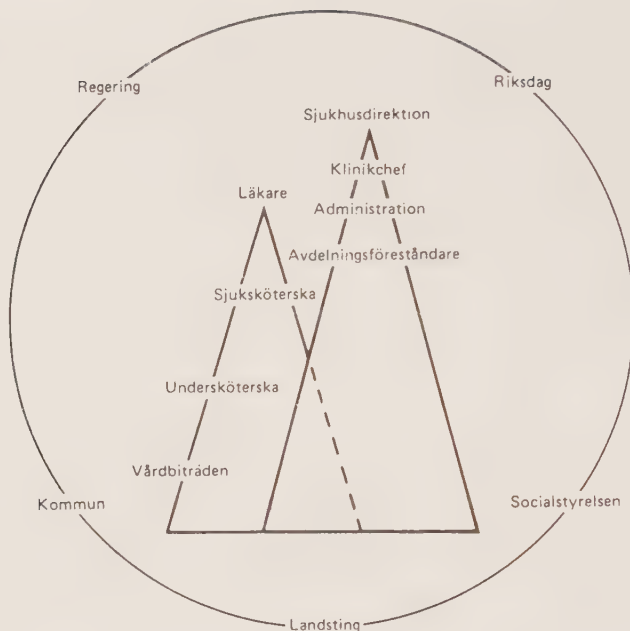
Figur 9:2. De tre domänerna inom hälso- och sjukvårdens organisation. (Fritt efter Kouzes & Mico, 1979).

detta får jag återkomma i annat sammanhang. Jag vill i stället visa på en modell över administration och produktion, två näraliggande hierarkier, vilka kan hänföras till den sociotekniska delen i modellen.

I samband med den kraftiga expansionen inom sjukvården på 1960-talet kom man att skilja på det administrativa och medicinska ansvaret. Det medförde att inom organisationen kan skönjas två parallella och delvis överlappande hierarkier, en administrativ och en medicinsk hierarki. Samma indelning gäller i stort för både primärvården och sjukhusen. Gardell et al (1979) har skisserat dessa hierarkier i en modell enligt figur 9:3.

I det dagliga arbetet kan det vara svårt att särskilja dessa hierarkier, då de delvis överlappar varandra. Gardell et al framhåller att dessa förhållanden medför problem och konfliktrisker, bl.a. därför att samordning och planering av vårdarbetet sker inom den administrativa hierarkin medan det utförs inom den medicinska.³

Modellen kan delvis bli missvisande genom att administrationen kan uppfattas större och tyngre än "produktionen". Även om det finns (och krävs) en omfattande administration så är givetvis inte detta fallet. Klinikchefens (motsv) ställning har i modellen inrangerats i den administrativa hierarkin. Han/hon



Figur 9:3. Sjukhusets två hierarkier, den medicinska och den administrativa. (Gardell et al, 1979, s. 85).

kan naturligtvis också ses under rubriken läkare i toppen av den medicinska hierarkin, dit klinikchefen hör med det medicinska ansvaret. Vid en utveckling av denna modell bör klinikchefens ställning markeras i den medicinska hierarkin, då den medicinska delen i chefsrollen bör framhävas. Inom kategorin läkare finns också en inbördes rangordning i hierarkin. Mer forskning behövs för att klarlägga de medicinska chefsrollerna och hierarkierna inom sjukvårdens organisation. Speciellt är det intressant m.h.t. de önskemål som uttalats om plattare organisation samt för kartläggning av utbildningsbehov.

Till sjukvårdens karaktäristika hör att inom dess hierarkier arbetar professionella yrkesutövare.⁴ Läraryrket nämns oftast som idealtypen för en professionell yrkesgrupp (jfr Freidson, 1975, Berglind & Pettersson, 1980). I litteratur om professioner nämns ofta konflikter mellan profession och administration.⁵ Hellbergs (1978) slutsats är att konflikterna uppstår p.g.a. den professionelles

1. motstånd till byråkratiska regler,
2. förkastande av byråkratiska normer,
3. motstånd till byråkratisk övervakning och
4. villkorlig lojalitet mot byråkratin.

Främst är det den professionelles motstånd till byråkratisk övervakning och styrning som är konfliktskapande, menar Hellberg. De olikheter som framhävs

i texten i figur 9:2 kan understryka och delvis förklara Hellbergs antaganden.

Berg (1981) framhåller att det teoretiskt sett föreligger ett spänningstillstånd mellan professionalism och byråkratism. Eftersom professioner och byråkratier vilar på fundamentalt skilda organisationsprinciper, kommer dessa principer att skapa auktoritetskonflikter. Autonomi är en förutsättning för ett professionellt yrkesutövande. Om denna autonomi naggas i kanten av byråkratiska regler minskar det professionella inslaget i yrkesutövandet. Mjukas systemet upp, ökar autonomin och därmed utrymmet för professionella handlingar.⁶

Patienten är en viktig faktor i sjukvården. Det är för denne som organisationen finns till. Vård och behandling av patienter är organisationens huvuduppgift. Sjukvården kan ses som en behandlingsorganisation. Den kan också sägas vara en människohanterande organisation (jfr Berg, 1981). Läkare i ledande ställning förenar vanligen de administrativa, ledande och planerande uppgifterna med eget patientarbete, forskning m.m. som ingår i den professionella yrkesrollen. Man kan därav dra slutsatsen att läkarens uppgifter kan hänföras till två olika domäner. Det leder osökt tanken till frågan: Finns det i läkarens chefsroll en inbyggd konflikt mellan administration och profession?

Det rationalistiska perspektivet kan förklara en del fenomen inom sjukvården och de har kunnat inrymmas i Abrahamssons modell (figur 9:1), t.ex. hierarkierna, byråkratin, konflikter m.m. Där kan också placeras antagandet att läkarna kan, när de blivit administrativt utbildade, bättre tillgodose huvudmannens intentioner på andra områden än de rent medicinska. Säkert finns fler exempel som utan svårighet kan inrymmas i det rationalistiska perspektivet. Annat finns emellertid som inte stämmer.

Rationalismens föreställning, att man kan göra förändringar inom organisationen eller ta bort delar av den utan att det påverkar eller stör andra delar, blir helt fel. Inom sjukvården är det oftast tvärtom. Förändringar inom en del av organisationen kan få återverkningar på andra delar.⁷ Här finns ömsesidigt beroende.

Till systemteoretiska drag hör strukturen med delsystem och beroende mellan dessa. Vi har också processer, d.v.s. förlopp och skeenden. Inom sjukhuset eftersträvas jämvikt. Vid tider av hård belastning förstärks organisationen med tätare bemanning (ex. vid epidemier), högre insats av tekniska hjälpmedel etc. Andra tider glesar man ut. En katastrofberedskap finns för snabb bemanning vid extraordinär oplanerad belastning.

Systemteoretiskt perspektiv utgick Rhenman (1966) ifrån, då han studerade ett mellansvenskt lasarett ur företagsadministrativ synvinkel. Han beskriver sjukhuset som ett öppet styrt produktionssystem och utgår från en intressentmodell, där jämvikten uppehålls genom ömsesidig påverkan.⁸ Rhenman talar inte om makt i rapporten om centrallasarettet, men han konstaterar att det finns en entydig och enkel uppdelning i auktoritetsområden. Exempelvis i medicinska frågor och medicinsk service, där beordring i princip endast kan ske av lä-

kare.⁹ Systemteori utgår även Asplund (1973) från, då han beskriver sjukhuset som ett öppet sociotekniskt system. Asplund menar att jämförelser kan göras med varuproducerande företag och ser lasarettet som ett serviceproducerande företag. Man kommer då in på frågan om jämförelser beträffande effektivitet och finner att effektivitetsmätning inom sjukvården är förenat med speciella problem (jfr Fuchs, 1974, Hallén, 1979).

Begreppet effektivitet uppfattas och används med varierande betydelse. Inom ekonomin ses effektivitet som relationen mellan insatta resurser och resultat i förhållande till målet för verksamheten. Man kan tala om grad av måluppfyllelse och använda mått som produktivitet, lönsamhet och vinst. Eftersom sjukvården inte är av lönsamhetskaraktär är produktivitetsmåttan otillfredsställande, ehuru de vanligtvis används i statistisk bearbetning. I alla definitioner av begreppet effektivitet syns verksamhetens mål inta en central ställning.¹⁰ Effektiviteten bör alltså ses som nivå av måluppfyllelse även inom sjukvård. Dess övergripande mål finns i hälso- och sjukvårdslagens andra paragraf:

”Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen..” (SFS 1982:763, §2)

Något mer specificerat kan målen utläsas i ansvarsparagrafen, där landstingen åläggs erbjuda god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstingskommunen.¹¹

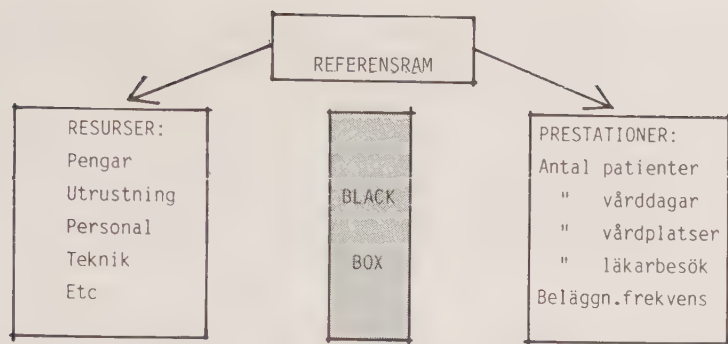
”En god hälso- och sjukvård skall särskilt

- 1) vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen,
- 2) vara lätt tillgänglig,
- 3) bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
- 4) främja goda relationer mellan patienter och hälso- och sjukvårdspersonalen.” (SFS 1982:763, § 39).

En tolkning av vad i nämnda paragraf sägs om god kvalitet på vården, trygghet, respekt och goda kontakter ger eftertryck åt både de medicinska och kvalitativa sidorna av vården i övrigt. Hur mäts då effektiviteten i sjukvården i relation till målen? Hittills har det dominerande sättet varit att mäta prestationer (antal patienter, antal vård dagar etc.) och insatser i form av resurser/kostnader (personal, byggnader, teknisk utrustning, pengar). Om de kvalitativa sidorna vet man mindre.¹² Om detta anser man sig fortfarande veta alltför lite. Dessa kan då ses som en ”black box” i figur 9:4.

Specifik för sjukvårdsorganisation är medicinsk effektivitet, vilket är ett prioriterat ämne i FAL-utbildningen.¹³

Det kan inte vara meningsfullt att göra jämförelser mellan ett sjukhus eller en vårdcentral och företag av industriell typ eller affärsdriven serviceverksamhet, där produktionen kan mätas kvantitativt och kvalitativt vad gäller effektivitet. Skillnaderna torde framför allt vara en industriell varuproduktion kontra



Figur 9:4. Modell över mätning av effektivitet inom sjukvård (Efter demonstration av Egon Jonsson, Sprü).

icke standardiserad tjänsteproduktion av vård och omsorg. Svårigheter finns också i värderingar och effektivitetsmätning med andra typer av serviceproducerande företag (jfr Jönsson, 1977). Rhenman (1966) pekar på frånvaron av marknader med konkurrens. Beroendeförhållandena och komplexiteten i organisationen gör det över huvudtaget svårt att på ett meningsfullt sätt mäta resultat och effektivitet inom sjukvård. Effektivitetskontroll kan inte utövas utifrån någon enkel statistik utan måste grundas på arbetsledarens övervakning och bedömning och utgå från dennes yrkesnormer, menar Rhenman. Mot bakgrund av dessa antaganden kan man utgå ifrån att läkaren som chef har en viktig funktion vad gäller bedömningen av effektivitet. Läkaren är också den som beslutar om metod och resursinsatser för den enskilde patienten.

Ett betydande problem är att organisationers effektivitet bara mycket bristfälligt kan förklaras genom mätbara produktionsfaktorer.

”En stor variation återstår, som sannolikt sammanhänger med faktorer som är privata, d.v.s. finns inneboende hos varje individ eller som utvecklas, när individerna inom organisationen samarbetar.” (Abrahamsson 1978, s.135).

Plus- och minusfaktorer, synergi, har nämnts i ett föregående citat av Arbner & Bjerke (1981). Det kan antas att om samarbetet inte är bra och om störningar uppstår, sker läckage av energi, som annars skulle utnyttjas i produktionen. Vi kommer här in på begrepp som social och psykisk energi, vilken kan förutsättas vara av särskild vikt för vårdarbetet. Psykologiska faktorer är viktiga inom vården, då patienten är beroende av vårdpersonalens förmåga och ork att ge stöd. Det gäller relationer och subtila kvaliteter som inte är mätbara. Svalander (1979) påpekar att organisationens utformning inom sjukvården har stor betydelse för att möjliggöra energiskapande relationer i vårdarbetet. Till detta vill jag lägga chefens betydelse för den psykiska och sociala sidan av arbetsmiljön.

Hela samhällsorganisationen domineras av det industriella produktions sättet

i allt högre grad. Industriella effektivitetskrav måste då också ställas på sjukvården, menar Svalander, men något viktigt har glömts bort i rationaliseringsarbetet:

”En aspekt av detta är att man förlorat — eller aldrig vunnit medvetenheten om att sjukvårdsekonomi inte bara handlar om hushållning med materiella resurser och arbetstid utan också om hushållning med knappa emotionella och psykologiska resurser. Dessa förnyas och underhålls genom helt andra mekanismer än de materiella resurserna. (Svalander 1979, s.132).

Det handlar om faktorer som relationer, arbetstillfredsställelse, trygghet, motivation d.v.s. arbetsmiljö i vid bemärkelse. Litteratur inom området framhåller ledarskapets betydelse i dessa sammanhang, bl.a. Bennis (1969), Schein (1974), Gardell (i SOU 1976:3), Lennerlöf (1983).

”Genom sitt ledarskap kan chefen i hög grad påverka det sociala och psykologiska klimatet. Ledarskapet kan stimulera, engagera, utveckla och samtidigt skapa social trygghet, men det kan också åstadkomma de motsatta effekterna.” (Lennerlöf 1983, s.71).

Inom sjukvården liksom inom annan verksamhet torde chefskapet vara en viktig faktor för såväl effektivitet och måluppfyllelse som för ovan nämnda miljöfaktorer. Med hänvisning till Maslach's (1985) forskning om utbränning kan också dras slutsatsen, att chefen har stor betydelse för att arbetsmiljön och organisationen ska motverka den utbränning som vårdpersonalen kan löpa risk att drabbas av.

9.2. Ledarskap inom sjukvården.

Man kan inte tala om ledning och ledarskap inom sjukvården som något generellt och entydigt. Ledarrollen får en specifik utformning i skilda delar av sjukvårdsväsendet, exempelvis sjukhus, vårdcentraler, enskilda kliniker eller mottagningar respektive för sjukvården i dess helhet. I praktiken handlar det om en fysisk ström — patienter, anställda, material, information, pengar etc. — som styrs genom information och rutiner m.h.t. befintliga intressen innanför och utanför organisationen.

Hierarkiskt finns läkaren som chef i den medicinska hierarkin på mellanivåer och högre upp i organisationen. ”Första linjens” arbetsledare i vården finns bland sjuksköterskor i vårdlaget, avdelningsföreståndare m.fl. Vad gäller medicinska beslut, d.v.s. patientens behandling, har även underläkaren chefsfunktion, då läkarens beslut styr personalens arbete kring patienten. I frågor som rör avdelningens/klinikens organisation och andra ledningsfrågor på denna nivå ligger ansvaret hos överläkaren/klinikchefen (resp. blockchefer, distriktsöverläkare etc).

Vid genomgång av litteratur inom området har jag funnit att forskning kring läkaren som chef och ledare inom hälso- och sjukvården varit relativt sparsam. Rollens betydelse tas upp i samband med studier av sjukvårdsorganisationen och förändringar i denna och vid klarläggande av ledningsproblem inom sjukvårdsväsendet. I en amerikansk studie redovisar Maxmen (1973) att amerikanska läkare använde 80,6% av sin arbetstid till direkt patientrelaterat arbete (jfr Borgenhammar, 1978). Sveriges Läkarförbund genomförde 1974, 1977 och 1979 liknande undersökningar om läkares arbetsliv och tjänstgöring (LATT), vilka i stort redovisar likartade resultat som den amerikanska undersökningen. Mer än 92% av de svenska läkarnas arbetstid gick till patientarbete 1979. Vid närmare studium av resultaten för läkare på olika nivåer märks påtagliga skillnader med variationer mellan 22,4% och 1,98% av totala antalet arbetstimmar till administrativa uppgifter.

En enkätundersökning omfattande 149 läkare genomförde Aldén et al (1979) som tillämpningsuppgift inom ramen för FAL-utbildning. Därvid konstateras att chefsfunktionen inom sjukvården blivit alltmer komplicerad och att många nya krav finns på läkaren som chef. Många finner det pressande. Bl.a. konstateras att cirka 35% av de svarande arbetar mer än 3/4 av arbetstiden med direkt patientrelaterat arbete.

Ledarrollen och ledningsproblem inom det danska sjukhusväsendet analyserar Johnsen & Hedegaard (1974) på tre nivåer; *en operativ, en taktisk och en strategisk nivå*. Målet för ledarrollens utövande är att få samspelet att fungera på dessa tre nivåer:

”Uanset om man leder hele det danske sygehusvaesen eller om man leder en enkelt afdeling på et sygehus, har man problemet med att få de dagelige rutiner til at køre.” (Johnsen & Hedegaard, 1974, s.11).

Johnsen & Hedegaards analys avser förhållanden inom danska sjukhus, men resonemangen torde ha relevans även för den svenska sjukvården. Den operativa aspekten är att få den fysiska strömmen att flyta under fastställda betingelser. Det handlar också om fortlöpande effektivisering av ”produktionsprocessen”. Strategiskt består ledningen i att man hela tiden håller sina egentliga uppgifter under observation och frågar sig, hur man bäst ska lösa dessa. Strategiskt handlar det också om att uppnå en fortlöpande förbättring av den service och de tjänster som ges mot avnämarna, liksom det handlar om att de anställda/medarbetarna ska ha en god arbetsmiljö och arbetstillfredsställelse. Taktiskt handlar det om att helheten i varje tidsperiod ska formas optimalt. Taktiskt handlar det också om koordination mellan i systemet ingående delsystem och anpassning för optimal effektivitet.

Läkaren i chefsställning, som behåller en större eller mindre del av sitt patientarbete och/eller forskning, ska förena funktionen som läkare i lagarbetet kring patienterna med funktionen som chef och ledare med administrativa upp-

gifter. I arbetet ingår vanligen handledning och utbildning av yngre kollegor och den underställda personalen. Ledaren/chefen ska medverka till ett målinriktat samspel mellan sig själv och övriga i vårdlaget, med andra grupper i "produktionen" samt med andra nivåer i organisationen och utanför denna. Centralitet för läkaren/chefen har också en problemlösarroll. Han/hon ska medverka i analys, interaktion och inläring i en söka-lära-process för vidare utveckling. Däri inbegrips att följa vad som händer inom medicinsk och annan forskning som berör området samt att följa utvecklingen i samhället, som kan ha betydelse för verksamheten. Till dessa problem kan då räknas hur man ska kunna tillgodose huvudmannens krav på verksamhetsutveckling i en värld med krympande ekonomiska resurser.

I en förstudie till FAL har Kerstell (1976, 1980) diskuterat vilka läkarroller man kan skönja i framtiden. Kerstell ser att läkarens roller förändras i arbetskariären, varvid frågor om informations- och fortbildningsbehov bildar vissa mönster. Behoven av kunskaper för översikt och administrativa uppgifter varierar beroende på vilken nivå läkaren tjänstgör. Det aktualiserar frågan om fortbildning i administrativa frågor ska ske etappvis, där FAL-kurserna ingår som ett steg i ett system av ledarutveckling för hälso- och sjukvårdsområdet.

9.3. Sammanfattning och konsekvenser för undersökningen.

I kapitel 7 har jag redovisat ett utbildningsplaneringsperspektiv. Däri har uppmärksamats bidrag inom pedagogisk forskning som belyser fenomen som utbildningsbehov, utbildningens mål och funktion samt hur dess resultat kan ses som resurser. I kapitlen 8 och 9 har utvecklats ett organisationsteoretiskt perspektiv.

Till helhetsperspektivet hör att studera FAL-projektet i dess kontext och på dess egna villkor. Kopplingen till målgruppens arbete och sjukvårdsorganisationen blir då uppenbar. Mot bakgrund av några allmänna organisationsteoretiska antaganden har jag diskuterat några karaktäristika hos sjukvårdsorganisationen och läkarens funktion som chef. Jag har sett denna diskussion nödvändig för att bättre belysa FAL:s kontext för läsare, vilka måhända har ringa kunskap om denna miljö, men också för att klargöra mina utgångspunkter inför dem, som arbetar inom sjukvården. I diskussionen har jag fokuserat teorier, vilka gör det möjligt att analysera FAL-projektet och resultaten av undersökningen mot målgruppens arbetsuppgifter, chefsfunktionen och arbetsmiljön. Dessa bidrag från två skilda teoretiska perspektiv kan utnyttjas för att bättre belysa

- hur behovet av ny kunskap uppstått till följd av förändringar i omvärlden och verksamheterna,
- exemplifiera hur organisationen löser problem vid utbildningsbehov som ej kan tillgodoses av allmänna undervisningsväsendet,
- hur individen förhåller sig till organisationen efter utbildningen, samt
- hur resultaten kan tolkas utifrån vad som utmärker sjukvårdsorganisationen.

En utbildning av den typ som FAL kan hänföras till, kan förväntas påverka deltagarna så att de efter utbildningen kommer att interagera med sin organisatoriska miljö på ett annat sätt än tidigare (jfr Björkman, 1978, Marton et al, 1983). Inhämtade kunskaper bidrar till handlingsberedskap och normalt förväntas då förändringar efter genomgången kurs. Miljön kan påverka men också begränsa individens handlingsutrymme. Ramar och motstånd mot förändringar kan bli till barriärer som förhindrar effekter i arbetssituationen efter utbildning (jfr Baneryd, 1976, Dylander & Olsesen, 1976, Targama, 1978, Berg et al, 1980, Söderström, 1983). Andra hinder kan vara hög arbetsbelastning med arbetstiden hårt inrutad för patienter, undervisning, sammanträden etc, som innebär att utrymme inte finns för att tänka och utveckla idéer.

Om man antar att läkare i chefsställning medges handlingsutrymme för att genomföra förändringar blir frågan: Kommer han/hon att efter FAL-kursen hantera sin organisatoriska miljö på annat sätt än tidigare vid val av åtgärder? Kommer kunskaperna från FAL-kursen att bidra till utvecklingen, ökad medicinsk effektivitet och förändring av sjukvårdens organisation?

Det organisationsteoretiska perspektivet blir också intressant vid tolkning av resultaten efter FAL-utbildning i termer av hur ett individuellt utbyte kan påverka och vara till nytta för arbetslaget och organisationen i dess helhet. I bakgrunden finns exempelvis verksamhetsutveckling, personalutveckling och effektivitet samt arbetsmiljö i vid bemärkelse, arbetstillfredsställelse, samverkansfrågor etc.

Organisationen och kursdeltagarnas utbyte av utbildningen bör kunna diskuteras enligt följande:

Kunskapsrelaterat: upplevelse av eller medvetande om att utbildningen gett kunskaper av vikt för helhetsbedömning, problemanalys, planering och beslutsfattande etc.

Arbetsrelaterat: den praktiska nyttan, d.v.s. erfarenheten av att kunskaperna är till nytta vid arbetsuppgifternas genomförande.

Organisationsrelaterat: kursdeltagare kan genom ökad förmåga till helhetssyn och kommunikation medverka till förändringar och organisatoriskt lärande för arbetsgruppen samt ökat och/eller förbättrat samarbete med andra enheter, administrationen, andra kliniker etc.

Psykosocialt relaterat: Därmed avses om utbildningen påverkat kursdeltagarnas självuppfattning, gett ökad säkerhet och bättre arbetstillfredsställelse och

minskad stress inför administrativa uppgifter och arbetsledningsproblem. Dit hör också faktorer som förbättrad kommunikation och samarbete med den egna personalgruppen, personalutvecklingsåtgärder och information o.d, som bidrar till bättre psykisk och social arbetsmiljö för både kursdeltagaren och denne underställd personal (jfr Rönning, 1985).

Ett positivt utfall enligt ovan skulle betyda att:

Operativt är kunskaperna och erfarenheterna från FAL-kursen till nytta för rutinutveckling och medicinsk respektive arbetsorganisatorisk effektivisering.

Taktiskt kan ökad kunskap om organisationen, beslutsvägarna, samband och övergripande kunskaper bidra till optimalt resursutnyttjande totalt.

Strategiskt har utfallet betydelse för planering på olika nivåer i ledningsfunktion, för resursplanering, kunskapsutveckling hos medarbetare, arbetsmiljöfrågor, konfliktlösning m.m. som kan bidra till effektivisering och utveckling för bättre service till avnämarna.

Med ökad kunskap och motivation kan kursdeltagarna i egenskap av aktörer med beslutanderätt respektive möjligheter att påverka administrativa och politiska beslut bidra till att organisationen utformas så att organisationsutveckling och organisatoriskt lärande möjliggörs.

Här avslutas utvecklingen av de teoretiska perspektiv jag valt som bakgrund för studien av FAL. Teorier om utvärdering återkommer jag till i nästa del av avhandlingen som introduktion till fallstudien.

Noter.

1. En annan (tidigare) ledningskonstruktion är styresman, som är läkare, och intendent. Under senare tid har denna modell blivit alltmer sällsynt och är på väg att försvinna helt för att ersättas av sjukhusdirektör eller sjukvårdsområdeschef (motsv) samt chefsläkare. Det bör nämnas att chefsläkaren inte är chef över andra klinikchefer utan fungerar som medicinsk rådgivare till ledningen.
2. Benämningen servicedomän är en "rak översättning" från Kouzes & Mico.

Andra uttryck kunde vara vårddomän, verksamhetsdomän eller produktionsdomän. Med service-domän och sjukvårdsproduktion har jag velat täcka in "verksamhetsnivån" utifrån hälso- och sjukvård som icke standardiserade tjänster.
3. Gardell et al (1979) anser att organisationen och arbetsfördelningen bidrar till att skapa alienation och stress hos vårdpersonalen på lägre nivåer i den medicinska hierarkin.
4. Sammanfattningsvis finner Hellberg (1978) i en översikt av litteratur inom området att med profession menas
 - "en yrkesgrupp, som monopoliserar viss kunskap, en kunskap som a) värderas som nyttig eller värdefull och som
 - b) utgör grunden för yrkesgruppens monopolisering av en viss eller vissa yrkespositioner. Professioner är de yrkesgrupper som genom ett organiserat strävande tillåts institutionalisera ett kunskaps- eller yrkesmonopol." (Hellberg 1978, s.27).Berg (1981) går något längre och drar slutsatsen att professionalitets- begreppet kan

definieras såväl utifrån kvantitativa ("lång utbildning") som kvalitativa ("gemensam föreställningsram", "yrkesetik") kriterier.

5. Etzioni (1968) redovisar uppfattningen att de flesta framgångsrika akademiker inte är benägna att bli administratörer. Han antar t.o.m. att några vägrar åta sig administrativa roller, exempelvis chefsrollen som universitetsrektor eller sjukhuschef p.g.a. sina engagemang i professionella värderingar.
6. Gustafsson (1978) menar att i och för sig kan en professionell inställning till yrket också innebära ställningstagande för en byråkratisk struktur. Han anser att läkarna bidragit till byråkratin inom sjukvården.
7. Exempelvis vid stängning av en vårdavdelning p.g.a. ett eller annat skäl. Det kan då medföra ökad belastning på andra vårdavdelningar, alternativt kan ett mindre antal patienter medföra minskad belastning på laboratorier, röntgen etc. Ett annat exempel kan vara omorganisation till följd av att specialenheter inför nya tekniska hjälpmedel, kanske en ny utrustning för diagnosticering, som ger effekter på patientgenomströmning. Det kan kräva förändringar i arbetsrutiner och bemanning för andra avdelningar.

Liknande resonemang kan föras beträffande inrättande av specialistläkartjänster i primärvård o.d., som kan påverka belastningen mellan öppen vård inom sjukhus respektive vid vårdcentraler.

8. Rhenmans intressentmodell har starkt kritiserats, bl.a. av Abrahamsson (1978) för dess harmonitänkande och därför att den inte inkluderar frågor om makt och auktoritet samt för att den förbiser konfliktmotivet. Rhenman har sedermera frångått intressentmodellen.
9. Rhenman (1966) kunde också se hur det fungerade i verkligheten: När den akuta sjukvården så kräver det, kan i stort sett vem som helst begära hjälp av vem som helst och beordringshierarkin är närmast omvänd mot den formella. Auktoritetsstrukturen grundar sig alltså på kunskap om patientens behov. Sjukvårdsbiträdet kan kalla på sjuksköterskan, som kallar på underläkaren, som kallar på överläkaren att ingripa, om patientens tillstånd ser ut att kräva detta.
10. I det statliga medbestämmandeavtalet (SAV 1978, s.3) tolkas effektivitet:
"Med effektivitet avses att myndigheten når målen för sin verksamhet
— under god hushållning med resurserna,
— med beaktande av service-, offentlighets- och rättssäkerhetskraven,
— och med beaktande av personalens behov av arbetstillfredsställelse, god arbetsmiljö, anställningstrygghet och möjligheten till medbestämmande och personlig utveckling."

Någon liknande definition av effektivitet finns inte i landstingens medbestämmandeavtal.

11. Gäller också kommuner som ej ingår i landstingskommun.
12. Uttryck för de kvalitativa sidorna torde vara patienternas uppfattning om vården. Detta har något berörts i kapitel 3.
13. Metoder som används i samband med medicinsk effektivisering kallas oftast kostnadsnyttokalkyler eller kostnadseffektanalyser. I engelskt språkbruk cost/benefit, cost/effectiveness och cost/efficiency. Utredning om kalkylmetoder ingår ej i studien. För detta hänvisas till litteratur inom området.
14. Med rättvisa avses här att besluten tillkommit på ett lagligt och juste sätt och att de är opartiska individuellt sett.

Del 4. En fallstudie.

I studien av FAL skulle ingå dels en beskrivning av utbildningens struktur, hur den fungerar i praktiken, och dels någon utvärdering av resultaten. Som nämnts i avhandlingens inledning, valde jag för denna del att studera och utvärdera en enskild FAL-kurs. Jag bedömde att det hade fördelar jämfört med utvärdering genom ett slumpmässigt urval ur hela populationen FAL-deltagare. I en enskild FAL-kurs har alla deltagare under kursen utsatts för samma process och påverkan. Deltagande observation ansåg jag skulle ge möjlighet till en mera intensiv belysning av utbildningen.

M.h.t. att antalet kursdeltagare endast var 25 vill jag av anonymitetsskäl inte ange exakt vilken kurs det gäller. Tidsschema för undersökningen redovisas därför i månader, vilka numrerats i löpande följd.

Schematiskt har följande skett:

Månad Aktivitet

- 1 FAL-kurs seminarievecka 1. Deltagarna tillfrågas om sin målsättning för deltagande i kursen. Kursledning och övriga medverkande tillfrågas om hur de uppfattar målen för FAL-utbildningen.
- 2 FAL-kurs seminarievecka 2. Deltagande observation. Medverkande föreläsare intervjuas om måluppfattning avseende utbildningen.
- 4 FAL-kurs seminarievecka 3. Kursdeltagare och ledning får ange vad de tycker att en utvärdering ska ge svar på.
- 4 En vecka efter kursens avslutning skickar jag brev med ATU-skolor och enkät till kursdeltagarna.
- 5 21 st har svarat inom 3 veckor. Påminnelse till dem som ej svarat. 3 veckor senare har alla svarat.
- 6—7 Bearbetning av material. Redovisning till kursledningen.
- 9—10 Frågeformulär utarbetas till den uppföljande intervjuundersökningen, som planerats ske genom strukturerade intervjuer.
- 11 Kursledningen gör ett slumpmässigt urval av 5 läkare som deltagit i FAL-kurs tidigare. Dessa utgör målgrupp för att i en "pilotstudie" testa intervjufrågorna.
- 12 Genomförs "pilotstudien".
- 13—14 Intervjuer genomförs med 25 kursdeltagare samt överställd respektive underställd personal i organisationen.
- 15— Bearbetning av material. Redovisning till kursledningen.
Fortsatt bearbetning och analys för avhandlingen.

Till den teoretiska bakgrunden för uppläggningsdelen av denna del i undersökningen hör utvärderingsteori. Som introduktion till redovisningen av fallstudien diskuterar jag därför i kapitel 10 några teoretiska antaganden om utvärdering av undervisning. Därefter behandlas ett urval av utvärderingsstudier gällande andra chefs- och arbetsledarutbildningar samt kurser för arbetsmiljöutbildning. Avsikten är inte att ge någon fullständig bild av olika utvärderingsansatser inom detta område, utan snarare att lyfta fram några studier, där metodiska eller teoretiska erfarenheter varit av intresse för min undersökning. Kapitlet avslutas med en sammanfattning av hur resonemangen utnyttjats i en modell för studie och utvärdering av FAL-kursen.

FAL-kursen beskrivs i kapitel 11. Däri ingår studiemiljö och kursdeltagare samt analys av ramar, innehåll och pedagogiska metoder. I kapitel 12 redovisas uppläggningsdelen av en utvärdering av FAL-kursen: en attitydundersökning strax efter kursens slut samt en uppföljande intervjuundersökning ett år senare.

Kapitel 10. Introduktion till fallstudien.

10.1. Utvärdering — några teoretiska utgångspunkter.

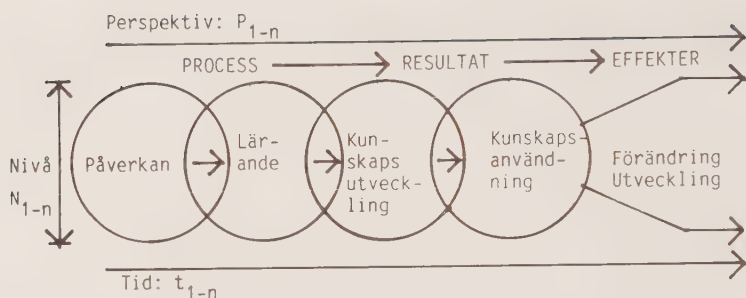
Begreppet utvärdering definieras på skilda sätt av forskare. Gemensamt står de för en process, som innebär att man samlar in data, vilka analyseras och värderas mot någon norm. I de flesta sammanhang handlar det om en relation mellan mål och resultat. Utvärdering är svenskans motsvarighet till engelskans *evaluation*, varmed avses att uttala en värdering eller kvalitativ bedömning av ett fenomen. I samband med utbildning används ofta uttrycket *evaluering* synonymt med *utvärdering*.¹ Syftena med utvärdering är i första hand att kontrollera och ge underlag för fortsatt planering eller beslut, vilka kan leda till åtgärder av något slag. Exempel på hur kursvärderingar använts i FAL gavs i kapitel 6.

Utvärdering har präglats av en positivistisk inriktning ända in i på 70-talet.² Vid en konferens om utvärdering i Cambridge 1972 reagerade framstående utvärderingsforskare mot detta. Utvecklingen har under senare tid gått mot att utvärdering mer ska syfta till förståelse och förklaring i stället för generalisering och prediktion (Cambridge-manifestet 1972,³ jfr Franke-Wikberg & Lundgren, 1980).

Vid studie och utvärdering av pedagogiska processer kan beaktas olika faser: a) påverkan, b) lärande, c) kunskapsutveckling, d) kunskapsanvändning. I utbildningssituationen sker påverkan. Man kan då tänka sig att alla i en kurs får samma påverkan och alltså skulle få samma inlärning, men så är nästan aldrig fallet. Skillnader uppstår i inlärning, då individfaktorer som tidigare kunskaper och erfarenheter, motivation, intresse etc har betydelse. Lärandet kan ske kognitivt (kunskapsmässigt) och/eller affektivt (tanke/känsla) både i själva undervisningen och i aktiviteter i anslutning till denna.

Kunskap kan utvecklas successivt genom integration med tidigare kunskaper och erfarenheter. Kunskap förändras. Kunskap kan också ses som en handlingsberedskap för kommande situationer. I arbetssituationen kan kunskaps-tillväxten accelerera genom tillämpning och genom diskussioner med kolleger och andra. Figur 10:1 visar en förenklad modell av ovanstående resonemang (jfr Wallin et al, 1983).

De mest kända modeller som använts för utvärdering av undervisning inom skolväsendet har av Franke-Wikberg & Lundgren (1980, 1981) strukturerats till



Figur 10:1. Modell för studier och utvärdering av olika processer i undervisning och effekter efter utbildning. (Efter Wallin et al, 1983, s. 7).

ett antal grundläggande modeller. För beskrivning av utvärderingsmodellerna se Franke-Wikberg & Lundgren och däri angivna källor.

Utvärderingen kan fokuseras på skilda sätt. Wexley & Latham (1981) sorterar utvärderingskriterier till 4 kategorier och påpekar att en del är "interna" och hör intimt ihop med individen medan andra är "externa" och har relation till arbetssituationen. De interna faktorerna, t.ex. attityder och inläring, är sådana som i många stycken endast kan nås genom någon introspektion hos individen i de fall man inte gör direkta test eller kunskapsprov. De metodiska problem detta innebär har jag berört i kapitel 2. Detsamma gäller externa mätningar som avser effekter i arbetssituationen, vilka i hög grad kan vara situationsbetingade och beroende av omgivningsfaktorer.

Intressant vid val av modell och principer för min undersökning har en amerikansk utvärderingsforskare, Robert Stake, varit. Denne förordar bl.a. att utvärderingsmodeller principiellt ska medge anpassning vartefter ett projekt utvecklas och kunskap erhålls. En sådan bakgrund blir realistisk vid forskning om personalutbildningsprojekt (som detta), där ändringar i uppgjorda planer kan bli nödvändiga p.g.a. situationsfaktorer eller intressenters krav.

Stake skiljer på föregripande och besvarande utvärdering. En föregripande utvärdering utgår från i förväg: a) uppställd målbeskrivning, b) konstruerade test, c) bedömda krav och kriterier, d) bestämda regler för rapportering. Den besvarande utvärderingen är mer komplex. Besvarande är en utvärdering om: a) den riktas mot undervisningens aktiviteter och handlingar, b) den riktas mot användarens behov av information och kunskap, c) de involverades pedagogiska grundsyn och värderingar klagörs. Principerna för den besvarande utvärderingen syns mer användbara vid utvärdering av chefskurser och annan personalutbildning.

För att ett utbildningsprogram ska helt kunna förstås är det nödvändigt med en fullständig beskrivning och en bedömning, hävdar Stake:

”Both discription and judgement are essential — on fact, they are the two basic acts of evaluation.” (Stake 1967 i Hamilton et al 1977, s. 147).

I diskussion om beskrivning kontra analys, förordar Stake beskrivning:

”We work day by day with the simplifications — the statements of objectives, the central tendencies, the criterion tests — and we become transfixed by them, losing our awareness of the fundamental activities of teaching and learning. We do it to ourselves and we do it to our audiences. Evaluators should be helping people keep in touch with the reality of instruction, but our scrapbooks are full of enlargements of enlargements...

They need to see more, to share more in the experience. If the programme glows, the evaluation should reflect some of it. If the programme wobbles, the tremor should pass through the evaluation report. The first duty of the evaluator should be to offer the client a comprehensive portrayal of the programme.

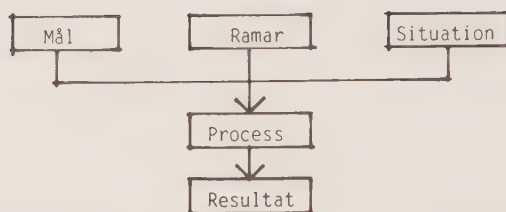
It's a tough choice: focus or portrayal. The evalutor has to help figure out which will be more usefual. Many of us are biased in favour of focus. I vote for portrayal.” (Stake, 1972, i Hamilton et al, 1977, s.161—162).

Information om utbildningsprogrammet menar Stake man kan skaffa genom att tala med olika intressenter; studerande, föräldrar, skattebetalare, involverad personal m.fl. Vid rapportering av en utvärdering finner Stake tre slags information vara av särskilt intresse: ingångsdata, processer och utfall (vanligen kallat resultat). Var och en av dessa kan sedan matchas mot faktorer som mål, syfte, förväntningar, iakttagelser och kriterier och bedömas.

Inom svenska skolväsendet har undersökningar influerats av Stake's principer för utvärdering. De har kombinerats med teorier om utbildning och undervisning, vilka utarbetats av Dahllöf (1967, 1971) och vidareutvecklats av bl.a. Lundgren (1972). Tre grundbegrepp bildar stomme i en teoretisk modell, den s.k. ”ramfaktorteorin”: a) ramar, b) process, c) resultat. Det innebär att man uppmärksammar olika slags ramfaktorer som sätter gränser för de processer som kan uppstå i undervisningen. Dessa ramar är specifika för varje process och kan inte påverkas inifrån men väl av administrativa beslut.⁴

Inom senare tids pedagogiska forskning inom utvärderingsområdet förespråkas teoribaserad utvärdering (jfr Franke-Wikberg, 1977). Problemets art torde avgöra mot vilken teoretisk bakgrund utvärderingen sker. När Franke-Wikberg m.fl. utvärderingsforskare diskuterar teoribaserad utvärdering avser de därmed teorier om undervisning och inläring.

Hultman (1981) utnyttjade begreppet ”teoribaserad” utvärdering vid studie av resultatet av skolledarutbildningen. Utifrån en modell: teori — process — effekter, anges vilka grundläggande principer som måste gälla för utbildningsprocessen för att erhålla de effekter som är mål för utbildningen. Ett problem kan i vissa fall vara om målen avser effekter som visar sig längre fram i tiden, påpekar Hultman. En svaghet i ansatsen ser han också i att relationen mellan process och produkt står och faller med teorins giltighet. Hultmans modell begränsar perspektivet genom att teorin fokuserar på undervisningsprocessen som



Figur 10:2. Basbegrepp i analysen av utvecklingsprojekten (Borgbrant 1980, s. 25, figur 2).

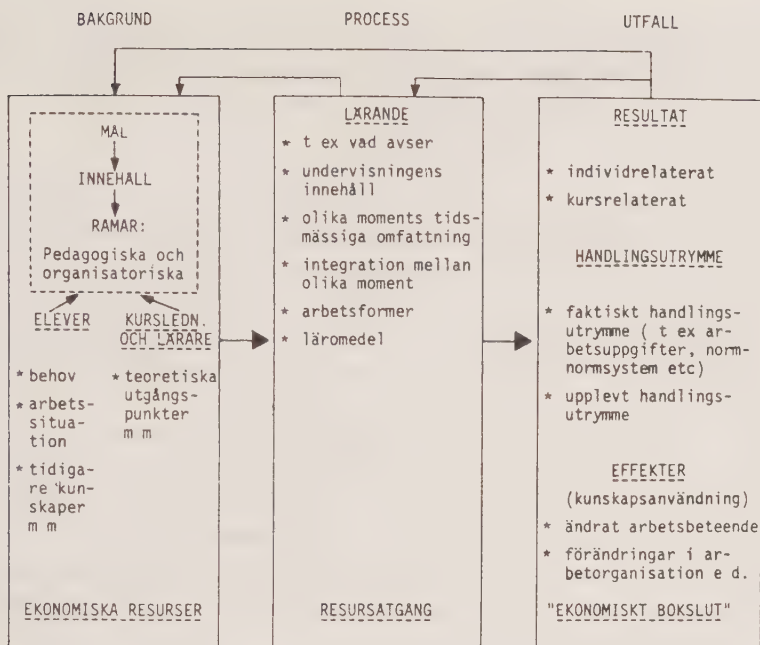
enda generator för inläring och effekter av utbildningen. Däri torde ramar o.d. ingå, men där tas inte in relationer till kontext och situationsbetingade faktorer, vilka kan påverka utfallet avseende effekter i arbetssituationen.

Teorianknytning av utvärdering inom personalutbildningsområdet (och min undersökning) kan kräva en vidare teoribas. Utgångspunkten måste, som vid annan pedagogisk utvärdering, vara utbildningens funktion inom den verksamhet eller det sammanhang där den förekommer.

Utvärderingsmodeller som bygger på den s.k. ramfaktorteorin har nämnts i det föregående. Borgbrant (1980) har implementerat detta i en modell vid utvärdering av ledningsutveckling. Av figur 10:2 framgår, hur han skisserar relationerna mellan i forskningen ingående analysbegrepp. Mål, ramar och situation blir förutsättningar för utvecklingsprocessen. Mot bakgrund av dessa kan sedan resultaten bedömas. Ramar kan begränsa och utgöra hinder, men de kan också ses som möjligheter, betonar Borgbrant. Så kan t.ex. lagar och avtal vara de hjälpmedel som behövs för att möjliggöra en utveckling inom bland annat ledningsområdet.

Frågor om mätning av utbildningens resultat i arbetssituationen diskuteras ofta i samband med utvärdering av undervisning. Det gäller i FAL liksom i annan personalutbildning och chefsutveckling, där resultat vanligen diskuteras i termer av effekter i arbetssituationen. Inom området personalutbildning, dess resultat och effekter skiljer Kylén (1983) mellan kursbedömning, kursresultat och kurseffekt. Värdet av resultatet är en bedömningsfråga, menar Kylén. Med resultat avser Lundmark (1985) den direkta behållningen av en utbildning, medan effekt är en följdverkan. Klart är att termen effekter i utvärderingssammanhang mer hör hemma och oftare används inom personalutbildningsområdet än i samband med utvärdering inom institutionell utbildning. Effekterna kan bli beroende av samspel och handlingsutrymme (frirum) i arbetssituationen; d.v.s. regler, ramar, resurser etc. måste medge förändringsmöjlighet (jfr Jerkedal et al, 1981).

I en översikt av litteratur inom utvärderingsområdet med sikte på personalutbildning illustrerar Lundmark (1985) i en modell enligt figur 10:3, hur olika data



Figur 10:3. Exempel på planeringsmodell för utvärdering av personalutbildning med betoning av helhetssyn. (Lundmark 1985, s. 58, figur 8).

kan relateras vid planering av utvärdering. Detta exempel på planeringsmodell för utvärdering av personalutbildning betonar en helhetssyn och har en hög detaljeringsgrad.

Som nämnts kan insamlade data i en utvärdering tolkas och klassificeras utifrån skilda utgångspunkter. Stake (1967) påpekade betydelsen av ingångsdata. Samma erfarenhet gjorde Jerkedal (1967) vid utvärdering av chefsutbildning. Ingångsdata kan ses som en av flera bakgrundsfaktorer och ingå i förutsättningarna. Lundmark har i modellen tagit in såväl detta som processfaktorer och handlingsutrymme efter utbildningen. Antagandena i den modell Lundmark skisserat sammanfaller i stort med de utgångspunkter som legat till grund för utveckling av en modell i FAL-studien. Jag återkommer till detta, men först vill jag ge några exempel på utvärderingsstudier inom personal- och chefsutbildning som jag funnit intressanta inför min undersökning.

10.2. Några teoretiska och metodiska erfarenheter från andra utvärderingsstudier avseende chefs-, arbetsledar- och arbetsmiljöutbildning.

Jerkedal (1967) studerade effekter av chefsutbildning genom attitydmätning före och efter kurs. Hypoteser avsåg samband mellan initiala attityder och bakgrund, initiala attityder och förändring samt mellan förändring och bakgrund.

Jerkedal understryker komplexiteten i de problem som finns involverade i undersökningar av detta slag, vilket gör det svårt att metodologiskt och statistiskt identifiera en sann förändring. I undersökningen hade förändringarna tagit ut varann i medelvärdeberäkning, men Jerkedal fann ändå meningsfulla samband mellan bakgrund och initial attityd samt mellan bakgrund/hemorganisation och förändring på flera punkter. Bl.a. fanns en tendens till samband mellan förändring och variabler som var relaterade till skäl för deltagandet i kursen. Detta ger två konsekvenser: 1) Man måste observera graden av motivation hos kursdeltagaren, 2) Företag/organisation, som sänder anställda till kurser, skulle samarbeta med utbildningsledningen för påverkan av kursdeltagarna. Genom att göra deltagarna medvetna om varför de ska utbildas och hur kursens innehåll svarar mot utbildningsbehov/arbetsuppgifter motiveras kursdeltagaren före utbildningens början. Jerkedals slutsatser i denna undersökning pekar på vikten av att beakta ingångsdata och motivationsfaktorer vid utvärdering.

I litteratur om förändringar finns vanligen antagande att beteende- eller attitydförändringar avslöjar sig som medelvärdes- eller spridningsförändringar. Förändringar längs en given dimension kan kategoriseras till tre typer: 1) medelvärdesförändring, 2) spridningsförändring, 3) individuellt olika förändringar. Lennung (1973) betonar att man framför allt bör vara intresserad av hur enskilda individer förändras i pedagogiska sammanhang. Det är inte säkert att individuella förändringar på en given variabel kan adderas samman, så det blir fördelningsförändring.

Lennung trycker på undervisningsprocessens betydelse och använder sig av begreppet meta-inlärn timer för att rikta uppmärksamheten på att påverkansprocessen i sig själv kan ge inlärn timerseffekter vid sidan av stoffet. Lennung menar att meta-inlärn timer tycks ha en kvalitet av djupt rotade värderinger av högre ordning, som påverkar många aspekter av beteendet. Hans slutsats blir att av dessa meta-inlärn timer kan väntas en mängd sekundära förändringar, vilka kan väntas stå i överensstämmelse med varje persons unika genetiska uppsättning, hans tidigare inlärn timerhistoria och hans nuvarande situation. Det ger med andra ord individuellt olika förutsättningar.

Lennung fann i många fall bristande överensstämmelse mellan kursdeltagarnas och deras omgivnings uppfattning om förändringar. I en del fall anser be-

rörd arbetsledare att han inte förändrats medan omgivningen uppfattar honom mer öppen, varmare, lättare att få kontakt med o.s.v. Motsatsen finns också, där arbetsledaren upplever förändring men andra har inte märkt någon skillnad. En divergens finns mellan vad underställd personal och överordnade tycker. Det tolkar Lennung som att uppträdandet kan ha varit annorlunda i relation till chefen.

Många, som deltagit i sensitivitetsträning eller annan gruppdynamisk utbildning, har upplevt inläring någon tid efter kursen. Effekter av sådan träning rapporteras och förändras över tiden (jfr Derefeldt, 1975, Menckel, 1980). Förändringen av effekter över tid skulle, om man utgår från Lennungs teori, åtminstone delvis kunna förklaras genom den systematiskt genomförda meta-påverkan.

Dylander & Olesen (1976) utvärderade effekter efter utbildning och bedömde då ett antal kurser utifrån utbildningsmål, färdigheter, kunskaper, kursens längd samt inlärningsdjup och implementeringsgrad. Cirka hälften av deltagarna rapporterar effekter. Hinder för effekter nämns i undersökningen. Dylander & Olesen talar här om barriärer, som kan finnas i arbetssituationen. Detta var dock inte alltid orsak till utebliven effekt. En del deltog i kurs för att orientera sig i ämnet. I rapporten skiljs inte på små och stora effekter, men däremot görs en skillnad mellan interna och externa effekter. Med intern effekt avses att den är relaterad till arbetet. Samband fanns mellan kurstyp och effekter.

En utvärdering av arbetsledarutbildning inom Arendalsvarvet rapporterar Andersson & Rengen (1979). Utbildningen genomfördes 1975—77 under en period av stora omställningar med bl.a. huvudmannabyte och organisationsförändringar inom varvet. Metod vid utvärderingen var intervjuer i form av fria samtal, som avsåg täcka uppfattningar före, under och efter kurs samt åtgärder och förändringar som vidtagits.

Andersson & Rengen rapporterar att 71% av deltagarna uppger att de ändrat attityd till arbetet. 75% har fått stärkt självförtroende och 61% av deltagarna uppger att de arbetar annorlunda med arbetslaget jämfört med före utbildningen. Produktionsledningen uppges verifiera höjd produktion och större kostnadsmedvetande samt bättre planering av arbetslagets uppgifter. Anderssons & Rengens slutsatser är att utbildningen medfört förändringar hos individer och arbetsgrupper och att utveckling skett i hela organisationen.

I utvärderingar av detta slag finns utrymme för många komplexa frågeställningar som visar på svårigheten att med bestämdhet identifiera och beskriva de förändringar som kommit av utbildningen och vilket inflytande andra faktorer haft, som kan förbises vid tolkning av resultaten. Det kan med säkerhet antas att utbildningen spelat en stor roll i förändringarna, men man måste fråga sig om inte också andra faktorer påverkat i någon mån. Exempelvis kan införandet av medbestämmandelagen, MBL, samt den allmänna debatten kring

dessas frågor ha haft betydelse. Rationaliseringar, diskussioner om varvskris och nedskärningar inom vissa enheter i koncernen kan tänkas ha haft inflytande på exempelvis kostnadsmedvetande och effektivitet.

Att det i praktiken kan vara omöjligt att dra några helt säkra slutsatser om utbildningseffekter som orsak-verkan, styrker en studie av Carlstedt (1979). Den avser återkommande utbildning för lärarpersonal i flygförarutbildning. Samtidigt vidtogs andra åtgärder för att förändra det administrativa och sociala klimatet vid skolan samt förbättra urvalsmetoder till kurserna. Den ökade andelen godkända flygförarelever kunde därför hänföras till fler sammanfallande åtgärder. Exemplet visar på svårigheten att definiera effekter av utbildning, men också på hur kombinationen av utbildning och andra åtgärder kan samverka.

Under 1970-talet kom en hel del rapporter om utvärdering av sensitivitetsträning och annan utbildning med grupp-dynamiska metoder. Menckel (1980) analyserade 16 utvärderingar av utbildning i "mellanmänniska relationer" (sensitivitetsträning och annan relationsinriktad utbildning).

Vad gäller effekter av utbildningen fann Menckel att 11 rapporter redovisade förändringar "efteråt". De största förändringarna har skett hos individen själv. Förändringar har också inträffat i arbetsgruppen men sällan har det skett förändringar som kan hänföras till organisationen som helhet. En viktig fråga har i 7 av rapporterna varit icke avsedda effekter. Svårigheten att utvärdera en utbildning, där man i hög grad arbetar med upplevelser och känslor, speglas i att resultatredovisning ofta ger en bild av några deltagare som är superpositiva och andra som är negativa, framhåller Menckel.

En strategi med kombination av formativ och summativ utvärdering använde sig Jerkedal (1980) av vid en utvärdering av deltagarpåverkad utbildning. Dels har utvärderingen varit aktionsinriktad och ingått i utbildningen på sådant sätt att den kunnat påverka dess förlopp, dels skulle en sammanfattande bedömning av utbildningen bilda underlag för beslut om kommande utbildningar av samma slag. Deltagare och kursledning tog aktiv del i utvärderingsarbetet.

Jerkedal fann att en polarisering uppstod mellan två grupper, varav den ena var positiv till den pedagogiska uppläggningsmedan en annan grupp var negativ till denna och ville ha mer styrning.

"Önskemålen om 'Mera process' respektive 'Mera struktur' kom i fokus under etapp III. All diskussion om att man ville ha ordning och reda, frihet att växa, utnyttja alla de lärmöjligheter som här-och-nu-situationerna erbjöd... på något sätt destillerades i begreppen process och struktur. (Jerkedal 1980, s. 33)

Process har här stått för grupp-dynamik, deltagaransvar för eget lärande och mera av att lära i vad som sker — "här och nu". Struktur har stått för ordning och reda, mer schemabunden och lärarstyrd undervisning med traditionell kunskapsförmedling. Deltagarnas förhållningssätt till utbildningen speglas häri.

Kursen hade inriktning på aktivt deltagande och ansvar för egen inläring, vilket klart framgått både av inbjudan och under inledande kontaktdagar. Ändå har genom hela kursen funnits deltagare som haft behov av och krav på mer strukturerad och auktoritetspräglad undervisning. Jerkedal tolkar det så att denna grupp haft en betydligt svårare och mindre belönande situation än den s.k. processgruppen. Betydelsen därav för kursutfallet framgår av att processgruppen klart distanserat strukturgruppen, när det gäller bedömningar av utfall såväl på individnivå som på organisationsnivå. Jerkedal har här pekat på viktiga faktorer som har betydelse både vid planering av chefs- och annan personalutbildning, urval av deltagare och vid tolkning av utfall vid utvärdering.

En utvärdering av skolledarutbildningens första utbildningsomgångar har Hultman (1981) fokuserat mot organisationsutveckling genom ledarutbildning. Skolledarutbildningen tillkom efter riksdagsbeslut 1975. Målsättning är att utbildningen ska förändra både skolledaren och organisationen. Hultman gör skillnad mellan individfokuserad och organisationsfokuserad utbildning. Utrymme fanns för att se skolledarutbildningen som en organisationsfokuserad utbildning, men Hultman bedömde att det är mer realistiskt att se den som individfokuserad. Inom ramen för en organisationsutveckling, som ska påbörjas, utbildas skolledare till förändrare (förändringsagenter). Jfr Granberg (1981), som ser chefsutveckling som en tvåstegsraket. Man utbildar först cheferna för att sedan gå vidare i organisationen.

Inom arbetsmarknadsverket gjorde man för några år sedan försök med arbetsledarutbildning enligt två olika modeller. Verksledningen ville pröva alternativa modeller för att den ena bedömdes omfattande och tidskrävande. Var det möjligt att ge arbetsledargruppen en nödvändig och adekvat utbildning med mindre tidsåtgång? Försöket utvärderades av Persson & Wallroth (1981) för att identifiera de effekter som de två skilda modellerna skulle medföra.

Den första utbildningsmodellen omfattade fyra internatsamlingar för samtliga deltagare. Varje arbetsledare hade ansvar för att under mellanperioderna genomföra hemarbete och diskussioner tillsammans med den egna sektionen. Den andra modellen innehöll arbetledarutbildning 1 + 1 vecka. Inget projektarbete eller liknande förekom under mellanperioden i denna kursmodell. Metod för utvärderingen, som Persson & Wallroth gjorde, var intervjuer med kursdeltagarna, medlemmar i varje arbetslag, vars arbetsledare varit på kurs, företrädare för länsarbetsnämnderna, det lokala facket och kursledningarna.

Genom innehållsanalys grupperade Persson & Wallroth de förändringar som identifierats i intervjuerna. Materialet visar att på de kontor, där man tillämpat försöksmodell 1, kunde påvisas påtagliga förändringar med få undantag. Sammantaget redovisas en mängd positiva effekter till följd av de genomförda försöken. Generellt hade man inom försöksområde 1 fått bättre arbetsklimate. Där försöksmodell 2 prövats har resultaten av utbildningen främst märkts ifråga om arbetsledarrollen. Deltagarna fick genom utbildningen bättre uppfattning

om hur de fungerar som individer, hade fått större benägenhet att ta tag i konflikter på hemmaplan och de kände större trygghet efter utbildningen. Samarbetet mellan de olika arbetsledarna hade förbättrats. På några kontor hade genomförts förändringar. Persson & Wallroth (1981) fann att resultaten avseende förändringar i service och måluppfyllelse gentemot allmänheten är svårsmåttbart och att frågan om kursernas effekter i detta avseende inte kan besvaras utifrån utvärderingen.

Av intresse vid diskussion om utvärdering av chefsutbildning är en rapport av Keisu-Lennerlöf (1981), som behandlar funktionsutbildning för skyddsombud inom SACO/SR med uppföljning ett år efter kurs. Som arbetsmiljöproblem upplevdes bl.a. arbetsorganisation och den psykosociala arbetsmiljön. Centralitet hade också "chefer som arbetsmiljöproblem". Det betonades framför allt problematik i den nya chefsrollen mot bakgrund av lagstiftning, värdeförskjutningar i samhället etc.

Målsättningen för utbildningen har Keisu-Lennerlöf specificerat i tre nivåer: ett slutgiltigt mål, ett slags mellanliggande mål och ett omedelbart mål. Det slutgiltiga målet för denna utbildning inom arbetsmiljöområdet är att arbetsmiljön förbättras. Man kan se att det är ett långsiktigt mål, som kan vara svårt att utvärdera. Det mellanliggande målet är om kursdeltagarna förvärvat erforderliga kunskaper och färdigheter för skyddsarbetet. Ett omedelbart mål avser kursen, hur den fungerade och uppskattades av deltagarna, d.v.s. om den motsvarande deras subjektiva önskemål.

Keisu-Lennerlöf pekar på att felkällor i en kvalitativ bedömning som denna kan vara bl.a. språkbruk, val av termer och den förlust man får i deskriptivt hänseende när man sammanfattar. (Se Keisu-Lennerlöf, 1981, s.26).

Fredholm & Thor (1983) rapporterar en utvärdering av utbildning för militära chefer. Utbildningens innehåll, från organisation och ledarskap till gruppdynamik, syns typisk för senare års chefskurser. I kursen ingick att genomföra projektarbeten. Betydelsen av dessa har särskilt framhållits i utvärderingsresultaten. Fredholm & Thor menar, att kursdeltagarna i många fall redan före utbildningen haft idéer om förändringar. I utbildningen har de fått lära sig metoder och blivit styrkta så att de kan angripa vissa problem.

Rønning (1985) genomförde en evaluering av hur arbetsmiljöutbildningen fungerade i Norge. Undersökningen täcker ett flertal branscher inklusive offentlig förvaltning, t.ex. hälso- och sjukvårdssektorn. Metodiken var kvalitativt inriktad och datainsamlingen skedde genom deltagande observation, intervjuer och skriftliga kursvärderingar. Rønning klassificerade uppgifterna om individuellt utbyte av undervisningen enligt en typologi, som utarbetats av Nordhaug (1983 a,b). Hon fann följande typer av behållning, vilka rangordnades efter hur många som uppgett detta utbyte:

- ”1) Politisk/organisatorisk
- 2) Kunskapsmessig
- 3) Arbeidsmessig
- 4) Motivationsmessig (mer opplæring)
- 5) Psykologisk.” (Rønning 1985, s. 10)

Kombinationen av flera typer av utbyte menar Rønning kan inverka starkt för utveckling av strategisk kompetens. Speciellt vill hon räkna de tre första kategorierna som centrala faktorer för utveckling.

10.3 Sammanfattning och slutsatser för denna studie.

Utifrån de teoretiska antaganden och erfarenheter från andra utvärderingsstudier, som här redovisats, har jag funnit att följande är väsentligt att iakttas vid studie och utvärdering av FAL-kursen:

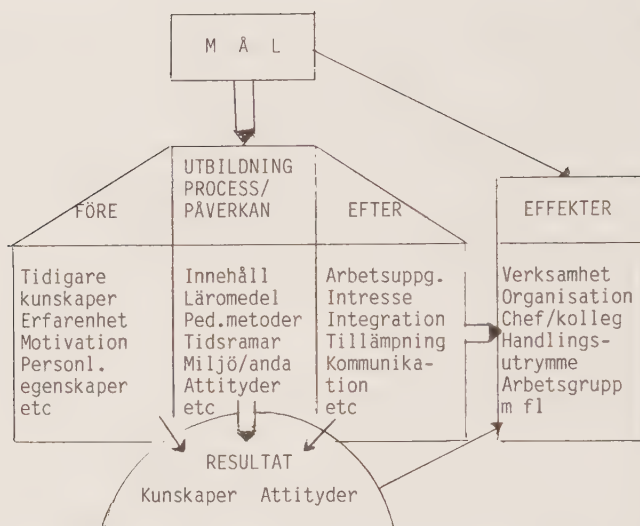
- helhetssyn (vilket jag redovisat inledningsvis och i metoddiskussion),
- beskrivning och förklaring av
 - a) kontext (som här innefattat utbildningens historia samt beskrivning av sjukvårdsorganisationen i ett organisations teoretiskt perspektiv),
 - b) mål för utbildningen (har redovisats i kapitel 5 men tas också upp i fallstudien, där deltagare och kursledning uttalat sig om målen),
 - c) processen/undervisningen (slutsatser om detta får dras ur den beskrivning av kursen som jag ger i kapitel 11),
 - d) resultaten (historisk bakgrund redovisas i kapitlen 3—6, resultat av fallstudien i kapitel 13),

— teoribasering genom klargörande av perspektiv och analysnivåer.

Utgångspunkten måste, som vid annan pedagogisk utvärdering, vara utbildningens funktion inom den verksamhet eller det sammanhang där den förekommer. FAL-utbildningen är relaterad till organisationen och dess kunskapsbehov. Utbildningens struktur har anpassats m.h.t. målen och till kursdeltagarnas arbetsuppgifter. Utbildningens mål utgår från verksamhetens mål. I teoribasen har jag därför, förutom teorier om undervisning och utvärdering, inlemmat antaganden som sammanhänger med organisationen och individen i arbetslivet.

Resultaten av FAL-utbildningen kan indelas i hur de uppfyller a) omedelbara, b) mellanliggande och c) långsiktiga mål. Med omedelbara mål avser jag deltagarnas attityder till och bedömning/erfarenheter av undervisningen. De mellanliggande målen är behållningen av utbildningen och de långsiktiga målen avser effekter i arbetssituationen och eventuella förändringar, vilka kan relateras till utbildningen.

Konsekvenser av den förda diskussionen har jag sammanfattat i en modell,



Figur 10:4. Modell för utvärdering av FAL-kurs och tolkning av resultat.

som redovisats i kapitel 2 (figur 2:1). Modellen är schematisk och anger endast i grova drag en strategi. För att närmare belysa bakgrunden till utvärderingens uppläggning samt tolkning av resultaten har den del, som innefattar "mål, process, resultat" i figur 2:1 (kap.2), vidareutvecklats till en modell enligt figur 10:4. Däri inlemmas den del av studien som behandlar undervisningsprocessen samt utfall och effekter i arbetssituationen ett år efter genomgången kurs. Den del av undersökningen, som behandlar kontext, historia o.d. har här utelämnats.

Modellen i figur 10:4 har likheter med Lundmarks modell, som illustreras i figur 10:3. Den utgår från de resonemang som förts av bl.a. Wallin et al (1983) om att beakta olika led i inlärningsprocessen vid utvärdering. Här kan också skönjas Stake's intentioner för utvärdering samt inslag av ramfaktorteorin.

Erfarenheter från andra chefs- och arbetsledarutbildningar, som relaterats ovan, styrker vad som sagts i de teoretiska resonemangen att bakgrundsfaktorer som tidigare kunskaper och kontext liksom ramar och övriga förutsättningar för processen bör beaktas vid bedömning av resultaten. Andra faktorer kan vara sådant som sker utanför eller efter undervisningen. I en uppdelad kurs med hemarbete under mellanperioder, kan uppgifter och arbetsorganisation ha betydelse för kunskapsutvecklingen.

Vid studie av effekter i arbetssituationen efter genomgången utbildning måste hänsyn tas även till faktorer som handlingsutrymme och undervisningens relevans för faktiska arbetsuppgifter. Utfallet, i modellen kallat resultat, avser undersökning av kursdeltagarnas attityder till kursen och erfarenheter av

denna, samt deras uppfattning om inlärd kunskaper. Undersökningen av effekter kan ske dels genom att kursdeltagarna själva ger sin syn på detta, dels kan personer i närmiljön tillfrågas. Resultaten kan sedan diskuteras utifrån olika analysnivåer, från mikro- till makronivå: individens, organisationens, samhällets perspektiv.

Noter.

1. Sandberg (1974, s.44) ger följande definition av begreppet evaluering:
"Evaluering är en process där man beräknar ett ekonomiskt eller socialt värde på det utbyte som kan hänföras till viss utbildning. Evaluering omfattar
— insamling av data
— analys av data
— beslut om eventuella åtgärder."
Jerkedal (1975, s.77) definierar begreppet evaluering:
"Värdering, bedömning och mätning av utbildning, av dess innehåll och form och av de förändringar den åstadkommit, direkt med avseende på deltagarna och indirekt med avseende på deltagarnas omgivning."
2. Franke-Wikberg & Lundgren (1980) avser med pedagogisk utvärdering att värdera och uttala sig om resultatet av ett program för uppfostran eller undervisning.
3. Positivistisk inriktning kan närmast beskrivas utifrån Kerlinger's (1973) definition av vetenskaplig forskning som systematisk, kontrollerad, empirisk och kritisk undersökning av hypoteser om antagna relationer bland naturliga fenomen. Teorins syfte, anser Kerlinger, är att söka allmängiltiga förklaringar som möjliggör förutsägelser/prediktioner. Positivisterna arbetar utifrån verifiering respektive falsifiering av hypoteser.
4. "The Cambridge manifesto". New Trends in Evaluation 1974: Report from a Conference on Educational Evaluation. Reports from the Institute of Education, University of Göteborg, No 35.
5. Gustafsson (1984, s.20) påpekar beträffande de ramfaktorer, som sätter gränser för vilken process som kan komma till stånd:
"Ramfaktorerna är specifika för den aktuella processen och kan inte omedelbart påverkas av de i processen involverade, t.ex. läraren i en undervisningssituation. Ramarna kan däremot förändras utanför processen genom exempelvis administrativa beslut."

Kapitel 11. Beskrivning av FAL-kursen.

I det här kapitlet ingår beskrivning av en FAL-kurs, som jag hade tillfälle att studera genom deltagande observation. Målgruppen blev ett "probability sample". Vilken kurs jag kom att delta i berodde på praktiska möjligheter att vara ledig från mitt ordinarie arbete. Jag har i kapitel 2 diskuterat de invändningar som finns mot deltagande observation som metod. Till fördelarna med metoden hör att forskaren kan direkt iaktta vad som händer.

Beskrivningen struktureras enligt följande:

- Studiemiljö och ramar för kursen.
- Kursdeltagare.
- Innehåll, pedagogiska metoder och undervisningsmaterial.

11.1. Studiemiljö och ramar för FAL-kursen.

FAL-kursens seminarieveckor genomfördes i internatform och var förlagda till ett konferenshotell i mellansverige. Det innebar en avkopplande miljö med omgivande vacker natur. Sällskapsrum och motionsavläggningar fanns för avkoppling i den mån fritid medgav det. Kurslokalen var utrustad med sedvanliga tekniska hjälpmedel samt rum för grupparbeten o d. Referenslitteratur fanns i föreläsningssalen. Ett team med två kursledare svarade för praktiska arrangemang och för att undervisningen skulle fungera. De var kontaktpersoner för stöd vid genomförande av tillämpningsuppgifter på hemmaplan om så behövdes. Båda fungerade som resurspersoner i diskussioner. En av dem medverkade som lärare i vissa avsnitt.

Kursen följde i huvudsak de riktlinjer som gäller för FAL-kurserna med återkommande seminarier. Tidsramarna för kursen var totalt 13 veckor, uppdelat på 3 seminarieveckor, måndag-fredag. Mellan första dag i seminarier var det 6 veckor, varför uppehållen kom att bli 5 veckor. Under dessa uppehåll genomförde kursdeltagarna på hemmaplan en tillämpningsuppgift i form av något projekt med utredningsansats som skulle ha anknytning till och vara av nytta för den egna arbetsplatsen.

Totalt uppgick undervisningen till cirka 105 timmar under dessa 3 veckor med 34—35 timmars lektionstid per vecka. Tiden är ungefärlig, då lektionerna

ibland blev förlängda för att diskussionerna drog ut på tiden. Speciellt gällde det kvällslektionerna, då klockan inte fick sätta streck. 3 av kursveckornas 4 kvällar utnyttjades för arbetspass (schema se bilaga 12).

Studie av ekonomiska ramar ingår inte i undersökningen. Hur mycket tid som använts för hemuppgiften och litteraturstudier har ej kontrollerats. Deltagarnas erfarenhet av tillgången på tid för hemuppgiften tas upp i redovisningen av resultaten från den enkät som deltagarna besvarade i samband med attitydundersökningen efter kursens avslutning. Det framgår därav att någon ledighet inte tycks ha avsatts för genomförande av tillämpningsuppgiften.

11.2. Kursdeltagare.

Antalet kursdeltagare var från början 25. Sista internatveckan tillkom ytterligare en kursdeltagare, vilken genomgått en tidigare FAL-kurs, men då inte kunnat delta i den tredje internatveckan. Denne ingår ej i undersökningen.

De 25 deltagarna var läkare i åldern 38—61 år; 5 kvinnor och 20 män. De representerade 16 olika medicinska specialiteter. Deltagarna kom från både den slutna vården och primärvården. Det var läkare som arbetade vid sjukhus av varierande storlek (regionsjukhus, länssjukhus, länsdelssjukhus) respektive vid vårdcentral med flera läkare och sjukhem knutet till vårdcentralen eller som distriktsläkare vid enläkarstation.

Deras ställning i sjukvårdsorganisationen vid kursens början framgår av tabell 11:1.

Två av deltagarna fungerade jämte sin befattning som klinikchef som chefsläkare respektive biträdande chefsläkare. Utifrån antagande att kursdeltagares bakgrund och tidigare erfarenhet kunde ha betydelse för motivation och inläring undersökte jag om deltagarna tjänstgjort i ledande ställning längre eller kortare tid före kursen. Till begreppet "ledande ställning" har jag fört tjänstgö-

Tabell 11:1. Kursdeltagares ställning i organisationen.

Befattning	Antal
Vårdcentralchef	1
Distriktsöverläkare	2
Distriktsläkare	2
Överläkare/Klinikchef	4
Överläkare	11
Biträdande överläkare	5
	25

Tabell 11:2. Kursdeltagares erfarenhet i ledande ställning.

Tid i led. ställning	Antal kursdeltagare
0 - 3 år	3
4 - 6 "	6
7 - 9 "	4
10 - 12 "	7
13 år el. mer	5
	25

ring som klinikchef, överläkare och biträdande överläkare inom slutenvård samt distriktsöverläkare och vårdcentralchef inom primärvården. Det visade sig att de haft sådan tjänstgöring enligt tabell 11:2.

En person avancerade till högre tjänst före kursens slut. Under tiden från kursens slut till den uppföljande undersökningen ett år senare skedde ytterligare förändringar genom avancemang. Till detta återkommer jag i kapitel 13 i samband med redovisningen av resultaten.

11.3. Innehåll, pedagogiska metoder och läromedel.

Prioriterade ämnesområden i FAL-utbildningen är, som nämnts, ekonomi, planering, organisation, personalutveckling och medicinsk effektivisering. Av den uttalade målsättningen framgår att FAL inte enbart syftar till att ge faktakunskaper utan också vill påverka attityder och utveckla läkaren för ledarskapet. Tid ägnas i utbildningen åt teoriundervisning om ledarskap och diskussioner om chefsrollen.

Den schemalagda tiden uppgick som nämnts till cirka 105 timmar fördelade på tre veckor (måndag 10.30-fredag 15.00 med kvällsarbete 3 kvällar varje vecka). I tabell 11:3 redovisas fördelningen av tid enligt schema. Den utgår från de ämnesrubriker som finns upptagna i schemat (bilaga 12). Lektionerna avseende klinikchefsrollen och chefsrollen i privata näringslivet har sammanförts till en rubrik.

De pedagogiska metoder som tillämpades i FAL-kursen var följande:

— Föreläsningar: Läraren föreläste och gav visuella hållpunkter genom nyckelord eller begrepp och figurer med användning av stordia, blädderblock eller tavla. Deltagarna ställde frågor, begärde förklaringar, kom med egna synpunkter utifrån erfarenheter etc. Däri kunde ibland ligga frågeställningar som krävde närmare belysning. Ibland uppstod diskussioner kring tolkning och tillämpning i praktiken varvid läraren fungerade som katalysator.

Tabell 11:3. Fördelning av undervisningstid i FAL-kurs.

Ämne	Tid
Ekonomi	14,0 tim
Arbetsrätt	6,0 "
Sjukhusjuridik	6,0 "
Beslutsvägarna inom landstinget	2,5 "
Sjukvårdsorganisationen	5,5 "
Sjukvården på 90-talet	3,0 "
Datan i sjukvården	3,5 "
Medicinsk effektivisering	3,0 "
Praktikfall (grupparbete)	3,0 "
Chefsrollen	6,0 "
Ledarskap	8,0 "
Gruppteori	4,5 "
Personlig planering	12,0 "
Intervju- och enkätteknik (kommunikation)	2,0 "
Pressinformation	3,0 "
Tillämpningsuppgifter	17,0 "
Kursvärdering, planering, information	6,0 "
	105,0 "

— Plenum, diskussioner med hela gruppen. Vid något tillfälle förekom ”spegling” av hur gruppen fungerat.

— Paneldiskussion med politiker, administratörer och läkare hölls vid ett tillfälle.

— Smågruppsarbete: kursdeltagarna delades upp i fyra grupper för arbete kring övningar, praktikfall och diskussioner kring tillämpningsuppgifter. I dessa smågrupper förekom inslag av gruppdynamiska övningar.

— Rollspel användes i något fall vid redovisning.

— Projektarbete. Tillämpningsuppgift med utredningsansats som nämnts ovan, vilken utförts självständigt mellan seminarierna.

— Litteraturstudier: självstudier som genomförts på hemmaplan.

— Kursvärdering ingick i undervisningen som praktisk tillämpning på utvärdering vid slutet av respektive seminarievecka. I samband därmed kunde kursdeltagarna påverka den fortsatta undervisningen.

Metoderna fördelades tidsmässigt enligt tabell 11:4.

Tidsåtgången för självstudierna på hemmaplan har inte studerats.

Tillämpningsuppgifterna var de praktiska övningar som deltagarna skulle genomföra på hemmaplan under uppehållen mellan internatveckorna. Det var en uppgift med utredningsansats, projekt, förändringsarbete, metodutveckling, ekonomiska kalkyler m.m. Som introduktion till de avsnitt som behandlade dessa hemuppgifter gavs under första internatveckan teoriundervisning om hur

Tabell 11:4. Undervisningsmetoder i FAL-kurs.

Undervisningsmetod	Tid
Föreläsningar (lektioner med "expert")	65,5 tim
Diskussioner i stora gruppen (inkl panel)	13,5 "
Smågruppsdiskussioner (inkl praktikfall)	20,0 "
Kursvärdering, planering, information	6,0 "
	105,0 "

man kan planera projektarbete, förutsättningar för förändringar, behov av samråd och information etc. Under andra internatveckan fick kursdeltagarna i sina respektive arbetsgrupper presentera och diskutera sina uppgifter. I arbetsgrupperna ingick då en eller två resurspersoner; administratörer och/eller politiker, som deltog i diskussionen. Under vecka 3 fick var och en redovisa resultatet av sin uppgift eller, om det inte var färdigt, redogöra för hur det förlöpte och hur de skulle fortsätta med arbetet. Detta skedde med opponenter och diskussion i stora gruppen. Det ålåg var och en att lämna skriftlig redovisning till kursledningen.

Jag noterade att endast två politiker besökte kursen. Kursdeltagarna beklagade att de inte fick möta fler politiker för att få diskutera med dessa och få veta mer om bakgrund till politiska bedömningar o.d.

Det studiematerial, som användes i FAL-kursen, var skriftligt material av olika slag; förutom böcker och stenciler var det praktikfall, illustrationer, statistik mm. (Se bilaga 13.) Vid ett tillfälle ingick en videofilm. Till föreläsningarna om budget och redovisning fick deltagarna dokumentation, ex. bokslut o.d. från föreläsarens landsting, kompletterat med visst material från deltagarnas eget distrikt eller landsting.

Deltagarna fick kopior av alla diabilder o.d, som använts i undervisningen. FAL rapporter och FAL debathäften fanns framlagda i lokalen, att ta själv. För diskussioner i smågrupperna gavs uppgifter i form av praktikfall, förtryckta blanketter och skriftliga frågor. Förteckning över material som ingick i kursen redovisas i bilaga 13 och den framlagda referenslitteraturen i bilaga 14.

Kapitel 12. Utvärdering av FAL-kursen.

12.1. Attitydundersökningen.

Jag hade planerat att genom en enkät i förväg eller vid kursens början inhämta kursdeltagarnas attityder och förväntningar inför kursen för att kunna göra en jämförelse mellan före och efter. Planen om före-efter-mätningar måste emellertid ändras. Under de första kurserna 1979—80 hade man nämligen vid kursstarten lämnat ut en sådan enkät, som deltagarna skulle svara på första dagen. Kursledningen hade då uppfattat att det väckt oro och misstänksamhet hos kursdeltagarna och skapat en negativ stämning.

Förutsättningen för att jag skulle få delta i kursen och göra utvärderingen var, att inga störande moment av detta slag fick förekomma före eller i samband med kursstarten. Däremot var jag oförhindrad att senare intervju deltagarna eller på annat sätt inhämta data. Min närvaro i kursen förklarades med att jag deltog för att samla material till min doktorsavhandling samt att jag senare skulle komma att ställa en del frågor, vilket ju var helt sant. Flertalet kursdeltagare hade egen erfarenhet av forskning och samtliga visade stor förståelse för min undersökning och ställde upp för att jag skulle få erforderligt material.

På grund av restriktionerna ändrades planerna för denna del av studien till att göra en attitydundersökning efter kursens slut samt en uppföljning ett år efteråt. Ytterligare en ändring uppstod sista kursdagen, då jag ville utröna kursresultaten. Deltagarna ville då att jag skulle återkomma senare. De kände sig "fullproppade" och menade, att rådande uppbrottsstämning skulle medverka till att svaren inte blev rättvisande. Vi enades om att jag skulle återkomma per brev om ungefär en vecka.

För attitydundersökningen valde jag att använda ATU-skalan — Attityd Till Utbildning (Bil. 2). ATU-skalan konstruerades av Jerkedal et al (1966) för att mäta attityder till utbildning. Vid reliabilitetsbestämning enligt Cronbach's alpha har den uppvisat reliabilitetskoefficienter mellan 0,73 och 0,96. Instrumentet bygger på en metod, kallad den semantiska differentialen, vilken presenterades av Osgood och hans medarbetare 1957. Kursdeltagaren, som avses ge uttryck för sin attityd till en utbildning eller ett moment av denna, presenteras ett antal adjektiv i motsatspar; positiva/negativa. Genom markering på 7-gradiga skalor anger denne hur nära det ena eller andra adjektivet hör samman med den bedömda utbildningen eller del därav som avses. Skalstegen poängsätts från 1 till 7.

Kursen bestod av två skilda delar, dels den teoretiska undervisningen och diskussionerna i seminarieform under internatveckorna, dels hemarbetet med tillämpningsuppgiften under mellanperioderna. Jag antog att inställningen till dessa skilda delar av utbildningen kunde variera. För att ta reda på det använde jag en ATU-skala för teoridelen och en för tillämpningsuppgiften.

ATU-skalan skulle ge begränsad information. För att få tilläggsinformation kompletterade jag med en enkät (Bil. 3). Då jag var väl medveten om läkarnas tidsbrist för uppgifter av detta slag, begränsades enkäten till endast några enkla frågor om fördelar och nackdelar med teoriavsnitten respektive hemarbetet/tillämpningsuppgiften samt om tid och kontakter för lösande av hemuppgiften.

En vecka efter kursens avslutning sände jag ett brev (Bil. 5) till envar av kursdeltagarna med begäran att de skulle besvara den bilagda ATU-skalan och enkäten. 21 deltagare svarade inom tre veckor. Övriga svarade efter påminnelse per telefon utom i ett fall, då svaret kom efter en andra påminnelse per brev.

Av ATU-skalans tolv adjektivpar poängberäknas enligt manualen sex stycken. Övriga adjektivpar utgör distraktorer. De som poängberäknas och ingår i attitydundersökningen är följande:

positiv — negativ
värdefull — värdelös
dålig — bra
mångsidig — ensidig
oviktig — viktig
dum — klok.

De sammantagna värdena per deltagare kan alltså variera mellan 6 och 42. I redovisningen (kapitel 13) har resultaten markerats i histogram.

Ehuru distraktorerna inte ingår i poängvärderingen kan de ge tilläggsinformation, som kan vara värdefull för tolkning av resultaten. Distraktorerna är följande adjektivpar:

lätt — svår
vilsam — arbetsam
jäktad — lugn
aktiv — passiv
intressant — ointressant
avspänd — spänd.

De värden, som kursdeltagarna gett på distraktorerna, visade sig i vissa fall fungera som kontrolluppgifter eller "korstest" till svar i enkäten. Främst var det faktorer som gällde om kursen upplevts arbetsam, svårighetsgrad och intresse. Till detta och svaren på enkätfrågorna återkommer jag i kapitel 13 där resultaten av undersökningen redovisas.

12.2. Undersökning av effekter ett år efter kursen.

Syftet med undersökningen ett år efter kursen var att söka svar på delproblem 4: "Vilka resultat/effekter ger FAL-utbildningen?" Kriterier var om effekter kunnat märkas i termer av förändringar, vilka skulle kunna relateras till den genomgångna FAL-kursen. Dessa fokuserades enligt följande:

- kunskapsrelaterat — d.v.s. om utbildningen gett kunskaper och om dessa påverkat kursdeltagarnas attityder som uttalas i målen för FAL,

- arbetsrelaterat — om kunskaperna och erfarenheterna från kursen varit till nytta i arbetet,

- organisationsrelaterat — om förändringar genomförts eller planerats,

- psykosocialt relaterat — om förändring skett beträffande faktorer som kan ha betydelse för den psykiska och sociala sidan av arbetsmiljön.

Den pragmatiska ansatsen hänför sig främst till det som kursdeltagarna m.fl. intressenter ansåg att en utvärdering borde ge svar på. Innan FAL-kursen slutade frågade jag kursledningen och deltagarna vad de skulle vilja att en utvärdering gav svar på. Samma fråga hade jag ställt till flera personer, som var engagerade i FAL på olika sätt. Svaren var i de flesta fall uttalat konkreta och praktiskt inriktade önskemål, exempelvis

- nytta av kursen i arbetet?

- har förändringar genomförts?

- gör kliniken/mottagningen ett bättre jobb?

- har attityderna till administration och administratörer förändrats?

- har kursdeltagaren blivit "bättre chef"?

Då detta ligger nära de mål som uttalats för FAL fick det bli grund för val av kriterier och kategorisering vid bearbetning av data.

Intervjuer genomfördes förutom med kursdeltagarna (25) även med någon denne underställd personal (42) respektive överordnad i hierarkin (26) för att fånga uppfattningar om eventuella förändringar hos kursdeltagaren eller i övrigt på arbetsplatsen efter FAL-kursen. I gruppen "underställd personal" ingår klinikföreståndare, avdelningsföreståndare eller annan sjuksköterska på mottagning eller avdelning där kursdeltagaren har chefsansvaret.¹ Som överordnad intervjuades klinikchef (i de fall kursdeltagaren inte var klinikchef själv), distriktsöverläkare samt sjukhusdirektörer m.fl.

I några fall intervjuades någon chefsläkare eller biträdande chefsläkare, ehuru de inte är organisatoriskt överställda och chef över andra klinikchefer. Det skedde efter förslag av sjukhusdirektörer, som menade att chefsläkarna hade sådan kontakt och insyn på klinikerna att deras information kunde vara värdefull och att de måhända kunde göra närmare bedömningar än sjukhusdirektören själv, särskilt i de fall denne inte hade direkta kontakter med den läkare det gällde. Chefsläkarnas utsagor har hänförs till gruppen överställd personal.

Ungefär en månad före intervjuundersökningens början (efter det frågorna

testats i ”pilotstudien”) skrev jag brev till samtliga kursdeltagare med erinran om min undersökning (Bil. 6). Därefter kontaktade jag dem per telefon för överenskommelse om personligt sammanträffande. I några fall kunde tid inte avsättas för att ta emot mig vid personligt besök, men då arrangerades intervjuer per telefon.

20 kursdeltagare kunde intervjuas vid besök på respektive arbetsplats. 5 intervjuer genomfördes per telefon. Kontakten vid dessa var god. Det kan antas att mitt deltagande i kursen och att samtalen var väl förberedda bidrog till detta. Vid de personliga besöken medförde jag diktafon för inspelning av samtalet. Kursdeltagarna, som var vana att själva arbeta med diktafon, föreföll inte känna sig hindrade av det, då jag redogjorde för att svaren skulle anonymiseras och så långt möjligt sammanställas i grupper och kategorier. Efteråt kunde bandet avlyssnas i lugn och ro för utskrift av anteckningar, varefter det omedelbart raderades. En fördel med detta var möjligheten att kontrollera mina frågor och eventuella kommentarer. I de fall inspelning av samtalet avböjdes förde jag korta anteckningar, vilka kompletterades ur minnet omedelbart efter intervjun. Som minneslista vid samtalen hade jag en intervjuguide (Bil. 4) som upptog de frågeområden jag önskade få belysta. Samtalens längd varierade mellan 30 och 90 minuter, de flesta varade cirka 1 timme.

Intervjuerna med underställd personal blev i allmänhet korta, då de endast innehöll frågor om man känt till att läkaren varit på FAL-kurs och om de iakttagit några förändringar efter tiden för kursen. Intervjuerna med klinikchefer och sjukhusdirektörer blev längre, då dessa självmant utvecklade mer allmänna synpunkter beträffande FAL-utbildningen, t.ex. hur denna inkluderades i långsiktiga planer för utveckling av klinikledningsteam. Bl.a. berättade flera av dem om sina erfarenheter efter tidigare FAL-kurser samt utvecklingsfrågor, planer mm, som hade relation till FAL. Klinikchefer och chefsläkare, som tidigare deltagit i FALkurs själva, tog gärna upp sina egna erfarenheter och bedömning av den nytta de haft av utbildningen samt eventuell kritik.

Kursdeltagarnas utsagor har kategoriserats enligt följande:

- 1) Kunskapsinlärnin
- 2) Upplevd praktisk nytta av kursen.
- 3) Kunskap/nytta/effekter relaterat ämnesområden enligt följande:
 - a) ekonomi,
 - b) planering,
 - c) organisation,
 - d) medicinsk effektivitet,
 - e) chefsrollen,
 - f) övrigt (hit fördes sjukhusjuridik, MBL och arbetsmiljölagen o.d.)
- 4) Genomfört förändringar.
- 5) Ökad effektivitet
 - a) personlig,

b) kliniken/mottagningen.

6) Tillämpningsuppgiften

a) nytta av den,

b) genomfört i praktiken eller fortsatt planering pågår.

7) Attityder (hit har förts utsagor av typ: ser annorlunda på saker och ting, fått andra insikter, fått medvetenhet om, ändrat inställning).

8) Övrigt: faktorer av betydelse för psykosocial arbetsmiljö. Däri ingår kursdeltagarens upplevelse av minskad stress, bättre trivsel med uppgifterna, förbättrad kommunikation med arbetsgruppen o.d.

Resultaten redovisas, dels för deltagargruppen totalt, dels med deltagarna uppdelade efter bakgrundsfaktorer som kan ha betydelse för utfallet av utbildningen och möjligheten att tillämpa kunskaperna i arbetssituationen.

Fördelning har skett enligt

— ställning i organisationen, (Klinikchef, KC, distriktsöverläkare, DÖL, vårdcentralchef, VCC, fördes till en grupp. Överläkare, ÖL, biträdande överläkare, BÖL, distriktsläkare, DL, till en annan.)

— antal år i ledande ställning före FAL-kursen,

— kön.

P.g.a. fåtalet kvinnliga deltagare skulle det inte vara meningsfullt att statistiskt bearbeta dessa resultat eller dra några vittgående slutsatser, men det kunde kanske ge någon kunskap för fortsatt forskning.

En kursdeltagare kunde inte följas upp genom samtal med underställd personal. I de fall det visade sig att intervjupersonen var ny i tjänsten eller inte ville uttala sig ingår dessa inte. Svaren varierade. Många utvecklade sina synpunkter och gav flertalet exempel, andra gav kortare svar. De flesta av dessa intervjuer genomfördes vid besök på arbetsplatsen och huvudparten av dem fick jag spela in på band. Några genomfördes per telefon. Telefonintervjuerna föregicks alltid av att jag informerade om vem jag var, vad undersökningen gällde, anonymitetsskyddet etc. För intervjun återkom jag senare på någon tid som överenskommits.

Samtliga kursdeltagare har kunnat följas upp genom samtal med någon "överställd" i hierarkin. Det var dock inte möjligt att i samtliga fall få ett klart besked om förändringar. Det gällde i de fall kursdeltagaren har arbetat självständigt och sjukhusdirektören eller klinikchefen inte hade sådana kontakter eller insyn, att det var möjligt jämföra beteenden före och efter. I vissa fall uppfattades att kursdeltagaren redan före kursen varit kunnig på en sådan nivå, att det var svårt avgöra skillnader före och efter kurs. Det skulle i så fall röra sig om grader av ökad skicklighet. Om läkaren förändrats som chef ville de inte uttala sig om utan hänvisade till den underställda personalen. Överställd personals utsagor gäller därför endast kunskaper och verksamhetsförändringar.

I resultatredovisningen tar jag även upp sjukhusdirektörernas utsagor om

förändringar som skett över tid sedan FAL-utbildningen påbörjats i regionen några år tidigare. Det ligger något vid sidan om fallstudien, men det har intresse för studien i dess helhet. Resultaten av fallstudien redovisas i nästa kapitel.

Noter.

1. Urvalet av underställd personal gick till så att jag tog reda på vilka avdelningar, mottagningar etc, som respektive läkare var ansvarig för. Dessa avdelningars klinikföreståndare och avdelningsföreståndare kontaktades. I några fall var vederbörande nyanställd under senaste året eller vikarie. Dessa uteslöts. De som ingår i undersökningen är personal som haft läkaren som chef mer än ett år.

Del 5. Resultat och förslag till vidare forskning.

Den här delen av avhandlingen innehåller en redovisning av resultaten av min undersökning samt en diskussion kring dessa.

Resultaten av fallstudien redovisas i kapitel 13 enligt följande:

1. Kursdeltagarnas, kursledningens och övriga medverkandes mål för FAL-kursen.

2. FAL-deltagarnas kursvärdering.

3. Attitydundersökning efter FAL-kursen.

4. Undersökning om effekter ett år efter kursen.

En lång rad frågor kring FAL mynnade ut i följande problemformulering: ”Hur uppstod och formulerades det kunskapsbehov som ledde till FAL-projektet och vad blev resultatet?” (Se kapitel 2). Problemet specificerades sedan till 5 delfrågor, vilka undersökningen skulle besvara.

Resultaten av undersökningen om FAL:s historia har dokumenterats i kapitlen 3–6. Jag ser det inte nödvändigt att här göra någon sammanfattning av dessa men tar upp dem i kapitel 14, som innehåller en diskussion kring resultaten med utgångspunkt från de fem delfrågorna och de teoretiska perspektiv jag valt för studien. Tyngdpunkten ligger på det historiska skeendet för att belysa grunden till det som FAL avses täcka: hur kunskapsbehov uppstått till följd av krav och förväntningar på läkare i funktionen som medicinsk ledare och chef, det som ingår i läkarens chefsroll. I forskningen om FAL-projektets tillkomst och utveckling har jag fäst avseende vid den filosofi och de föreställningar som fanns om målgruppen och den önskade utbildningen. Utvärderingen av FAL-kursen ser jag mot de krav som ställs på läkaren/chefen i nutid.

Diskussionen mynnar ut i antaganden/slutsatser, som min tolkning av resultaten har lett fram till. Kapitel 14 avslutas sedan med några förslag till vidare forskning.

I kapitel 15 ges en sammanfattning av avhandlingens innehåll på engelska.

Kapitel 13. Resultat av fallstudien.

13.1. Kursdeltagarnas, kursledningens och övriga medverkandes mål för kursen.

Under första seminarieveckan ställde jag frågan: "Vilken målsättning har Du för Ditt deltagande i den här FAL-kursen?" enskilt till var och en av kursdeltagarna. Samtliga 25 svarade. Svarens utformning varierade, men det visade sig att de hade konkreta mål. Alla ville lära "administration", d.v.s. få kunskaper om de ämnen som skulle ingå i kursen, t.ex. ekonomi, budget, lagar, regler. 20 kursdeltagare betonade faktakunskaper i främst ekonomi samt att de ville lära sig mer om vilka "kontaktytorna" är inom landstinget, d.v.s. vilka nivåer i organisationen man skulle samarbeta med i olika sammanhang.

Fem personer, som hade deltagit i annan administrativ kurs tidigare och hade lång erfarenhet i ledande befattning, framhöll behovet av att lära mer och att "fånga in vad som är på gång" och få bli medveten om vad som är viktigt för att bli bättre rustade för diskussioner med administrativ personal.

Fyra av de 20 kände ett särskilt intresse för chefsrollen. Främst gällde det vilka förväntningar man har på klinikchefen med fokusering på i första hand ansvar och befogenheter. Det framgick inte att de ville lära om ledarskap och/eller relationer till arbetsgruppen, den socialpsykologiska delen av chefsrollen. Fem deltagare uttalade särskilt att de vill lära sig *förstå* det administrativa språket och administratörernas synsätt.

Kursledare, föreläsare och övriga medverkande resurspersoner, tillhopa 14, som medverkade under FAL-kursens första vecka, intervjuade jag om deras uppfattning av mål för FAL-utbildningen. Av de 14 var två läkare, två politiker, åtta administratörer och två sjukvårdsföreståndare. Den öppna frågan gav relativt omfattande och nyanserade svar. Vad som främst noteras i svaren är uttrycken: "att ge dem kunskaper", "göra dem medvetna om" och "utveckla".

Två av administratörerna betonade att en målsättning för engagemanget i FAL-utbildningen var egen kunskapsutveckling. De deltar som resurspersoner i FAL-kurser med sin sakkunskap om ekonomi respektive planering. I sitt arbete har de behov av att kommunicera med klinikchefer. Det är då värdefullt att veta hur läkarna ser på olika frågor. Samtidigt kan de själva bidra med att belysa administrativa problem och uppgifter. Liknande tankegångar framförde en av politikerna, som ansåg sig få värdefull erfarenhet för sina uppgifter i sjukvårdsstyrelsen genom att delta som resursperson i FAL-kursernas gruppdiskussioner.

Kursledningens och övriga medverkandes svar har jag sammanfört enligt följande:

1) Ge kunskaper:

— Ge övergripande kunskaper i ekonomi o.d, så att läkarna kan hantera administrativa problem och uppgifter. Ge kunskaper som skapar säkerhet, så att de kan delegera "hantverksbetonade uppgifter" till andra. "De ska inte bli administratörer men kunna så mycket att de vet var erforderlig hjälp kan hämtas".

2) Göra läkarna medvetna om:

— att administration inte bara är papper utan en process,
— att klinikchefen är administrativt viktig och att en god administration är viktig för utveckling av verksamheten,
— förändrade förutsättningar för hälso- och sjukvården genom förändrat ekonomiskt utrymme, nya sjukvårdsmetoder o.s.v. som kan kräva nytänkande och förändringar i verksamheten,
— chefsrollens betydelse, bl.a. chefens ansvar för annan personal,
— konsekvenser av medicinska beslut, administrativt och för den övriga personalens arbete.

3) Attitydförändring:

— Väcka intresse och engagemang för administrativa uppgifter och personalfrågor och väcka vilja att delta i förändringar. "Se administrationen som en nödvändig del av vårdarbetet. Öppna ögonen på professionella för det som är utanför den egna professionalismen." "Vi i vår läkarfunktion måste tillägna oss ett nytt sätt att se och verka."

4) Utveckling av klinikernas och vårdcentralernas ledning genom att utveckla deras chefer:

— Utveckla verksamheten, t.ex. bättre planering, organisation och resursdisposition genom erfarenheter från FAL-kursen. Starta en process och idéutveckling genom att skapa kontakt och förbättrad kommunikation mellan kolleger inom olika delar av vården och i andra landsting.

— Utveckla för chefskapet. Ge teori om vad chefskap är. "Man lär ledarskap genom erfarenheter. Här ges unika tillfällen till reflektion över erfarenheterna och diskussion och erfarenhetsutbyte med kolleger." Utveckla social kompetens. "Få hum om hur man själv fungerar i grupper och olika situationer." "Inse att man är chef och arbetsgivarens företrädare även i konfliktsituationer." "Skapa bättre kommunikation, så att de ger mer information och utveckling åt den egna personalen."

En skillnad kan märkas mellan kursdeltagarna och kursledning/ övriga medverkande vad gäller mål för FAL-kursen. Kursdeltagarnas mål är mycket konkreta och avser inläring och förståelse av faktakunskaper. Några säger sig vilja förstå "administrativa språket" och hur administratörerna tänker. Andra deltagare vill bli medvetna om "vad som är viktigt", bl.a. för att bli bättre rustad i diskussioner med administratörer. Tydligt är att kursdeltagarna i dessa fall

upplever brister i kommunikation med administrationens företrädare.

Kursledningens och övriga medverkandes mål sammanfaller med den målsättning som huvdmannen uttalat (se kapitel 6). Förutom att förmedla faktakunskaper talar de också om attitydförändringar och medvetenhet på andra nivåer än faktakunnande. Ingen av kursdeltagarna uttalar tanken att kursen ska påverka deras inställning till administration, ändrade värderingar eller dylikt. I några fall uttalar resurspersoner (en politiker och två administratörer) egen nytta av att delta ur inlärningsynpunkt.

13.2. Deltagarnas kursvärdering.

Kursvärderingen genomfördes som avslutning på respektive kursvecka. Syftet var dels att undersöka deltagarnas uppfattning/attityder till kursen, dels att ge dem möjlighet påverka den i fortsättningen. Den avsågs också ge inläring, som kunde bli till nytta ifall de skulle göra egna utvärderingar av något slag. Kursvärderingen genomfördes på så sätt att kursdeltagarna i smågruppsdiskussioner fick sätta "betyg" i skala 1—10 för förläggning, kursledning, ämnen, pedagogiska metoder och föreläsare.

Efter tredje seminarieveckan kompletterades kursvärderingen med bedömning av kursen som helhet. Då gavs poängvärdering enligt skala 1—100 för "allmänt intryck" och "om kursen var värd pengarna".¹ I de fall någon grupp inte kunnat enas inom sig redovisades genomsnittsvärden.

Beträffande förläggning, kursledning och praktiska arrangemang kring kursen var alla eniga om att det varit mycket bra. Vad avsåg ämnena i kursen, pedagogiska metoder och föreläsarnas medverkan varierade åsikterna inom och mellan grupperna. Det redovisades inte vem som tyckte vad. Det har därför inte varit möjligt att utifrån kursvärderingarna analysera individuella samband mellan dessa och uttalad målsättning eller annan bakgrundsfaktor. Intrycket är att ämnen, som nämndes i samband med uttalade mål för deltagande i kursen, värderats högre i kursvärderingen, ex. ekonomi, lagar/juridik, chefsrollen.

Synpunkter framfördes och var då knutna till föreläsare. Det framfördes att något avsnitt upplevts alltför teoretiskt, för faktaspäckat eller att framförandet inte engagerat. Beträffande positiva och negativa reaktioner till ämnen och föreläsare skilde sig inte kurskritiken från andra undersökningar av detta slag, där det visat sig att en positiv attityd till läraren ofta korrelerar positivt till ämnet och tvärtom. Flertalet deltagare hävdade att kursen borde kunnat komprimeras och göras kortare och "effektivare". Jag återkommer till det i kapitel 14.

13.3. Deltagarnas attityder till FAL-kursen.

13.3.1. ATU-skalan.

Deltagarnas ATU-poäng redovisas i figur 13:1 för teoridelen och figur 13:2 för tillämpningsuppgiften. Fördelningen är negativt sned för både teoridelen och tillämpningsuppgiften. De enskilda ATU-värdena visar att skillnader finns mellan attityd till teoridelen och tillämpningsuppgiften. En sammanställning av ATU-poäng redovisas i tabell 13:1.

Högsta möjliga poängvärde är 42. För teoridelen är medianvärdet 33 och samtliga värden ligger inom tredje och fjärde kvartilerna. Värderingen av tillämpningsuppgiften ger en något annorlunda bild. Där finns en med 10 poäng, som därmed ligger inom första kvartilen. En med 17 poäng finns i andra kvartilen. Övriga faller inom tredje och fjärde kvartilerna.

Medianvärdet för tillämpningsuppgiftens ATU-värden är 32. Skillnaderna går åt båda hållen och tar ut varandra. Test av skillnaderna i attityd till teori- resp. tillämpningsuppgifter visar ej signifikans med rangkorrelation enligt Spearman.

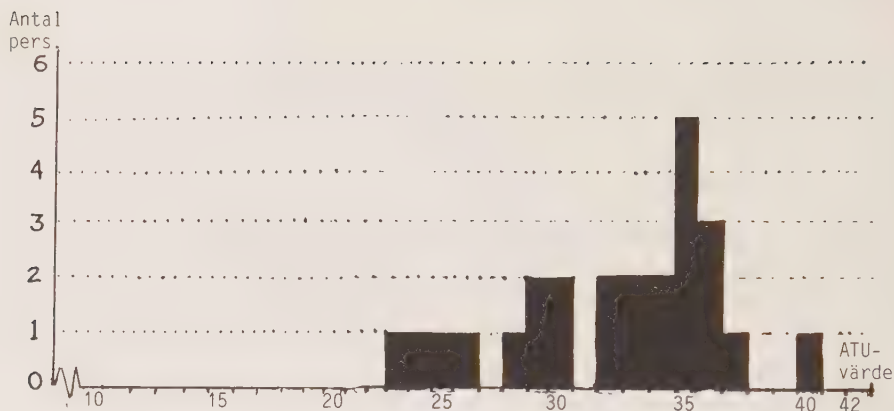
Attityderna till kursens teori- del är odelat positiva med värderingar från mitten och uppåt. En övervägande del tycker kursen var bra och 21 av de 25 anser att kursens teori- del var viktig. ATU-värdena för tillämpningsuppgiften ligger för 23 kursdeltagare på den positiva sidan med poängsummor mellan 22 och 38. Två personer är klart negativa med genomgående låg poängvärdering på denna ATU-skala. Förklaring till detta finns i svar på den enkät som medföljde ATU-skalan.

Analys av skalorna visar att värderingarna varierar inom varje skala och att de flesta enskilda värdena för adjektivparen ligger mellan 4 och 6. I vissa fall har markerats för högsta poängvärde, 7, men två deltagare har på några adjektivpar gett markering som ger 1—2 som lägsta värden. Översikt över fördelning på de skilda adjektivparen, som ingår i poängberäkningen, ges i tabellerna 13:2 och 13:3.

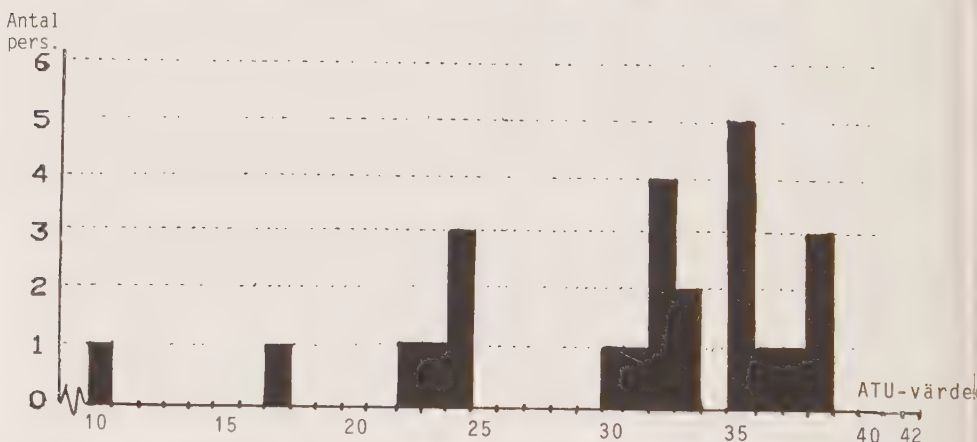
Viss tilläggsinformation kan erhållas, när man studerar de adjektivpar som utgör distraktorer. De har i enlighet med manualen inte poängvärderats. I tabell 13:4 anger siffrorna det antal deltagare som markerat i respektive position.

En deltagare har upplevt teoridelen i kursen som svår, arbetsam och spänd. De flesta markeringarna visar att övriga haft relativt lätt att följa undervisningen. Ett fåtal tyckte det var arbetsamt, men tempot har av de flesta betecknats som lugnt och avspänt. Ingen har varit helt passiv. Aktivitetsgraden varierar. Innehållet har upplevts övervägande intressant.

ATU-skalans distraktorer avslöjar att ingen deltagare ansett tillämpningsuppgiften lätt, men sex har markerat i kolumnen näst intill. Se tabell 13:5. De



Figur 13:1. Deltagarnas ATU-värden för FAL-kurs, teoridel. N = 25, Md = 33.



Figur 13:2. Deltagarnas ATU-värden för FAL-kurs, tillämpningsuppgift. N = 25, Md = 32.

Tabell 13:1. ATU-poäng för teoridel (TE) och tillämpningsuppgift (TI).

Deltag.	TE poäng	TI poäng	Deltag.	TE poäng	TI poäng
A	40	35	N	33	28
B	37	35	O	32	36
C	36	38	P	32	24
D	36	38	Q	30	32
E	36	38	R	30	30
F	35	38	S	29	37
G	35	35	T	29	31
H	35	33	U	28	23
I	35	32	V	26	35
J	35	32	X	26	35
K	34	32	Y	24	17
L	34	24	Z	23	35
M	33	33			

Tabell 13:2. Antal markeringar för poängberäknade adjektivpar i ATU-skala för FAL-kursens teoridel. N=25, Md=33.

Adjektiv	S k a l s t e g							Adjektiv
	1	2	3	4	5	6	7	
negativ	0	0	0	4	5	15	1	positiv
värdelös	0	0	2	3	6	13	1	värdefull
dålig	0	0	1	5	6	13	0	bra
ensidig	0	0	3	1	6	12	3	mångsidig
oviktig	0	1	2	1	3	16	2	viktig
dum	0	0	1	6	9	8	1	klok

Tabell 13:3. Antal markeringar för poängberäknade adjektivpar i ATU-skala för FAL-kursens tillämpningsuppgift. N=25, Md=32.

Adjektiv	S k a l s t e g							Adjektiv
	1	2	3	4	5	6	7	
negativ	0	1	4	4	5	8	8	positiv
värdelös	0	2	2	3	4	13	1	värdefull
dålig	0	1	1	8	6	8	1	bra
ensidig	1	1	1	5	8	8	1	mångsidig
oviktig	1	1	1	4	1	10	7	viktig

Tabell 13:4. Markeringar för ATU-distraktorer, teoridel. N=25.

Adjektiv	Antal avgivna markeringar							Adjektiv
Lätt	2	14	6	1	1	0	1	Svår
Vilsam	1	6	8	6	2	1	1	Arbetsam
Jäktad	1	0	2	4	4	12	2	Lugn
Aktiv	1	8	7	5	3	1	0	Passiv
Intressant	3	12	9	1	0	0	0	Ointressant
Avspänd	3	12	6	3	0	0	1	Spänd

Tabell 13:5. Markeringar för ATU-distraktorer, tillämpningsuppgift. N=25.

Adjektiv	Antal avgivna markeringar							Adjektiv
Lätt	0	6	4	11	1	2	1	Svår
Vilsam	0	0	1	7	9	7	1	Arbetsam
Jäktad	2	2	7	11	2	0	1	Lugn
Aktiv	7	7	5	5	1	0	0	Passiv
Intressant	4	9	7	3	1	1	0	Ointressant
Avspänd	2	5	3	10	4	1	0	Spänd

flesta har upplevt att hemuppgiften varit mer eller mindre arbetsam. En deltagare har upplevt det både svårt och arbetsamt. Det samstämmer med tyngdpunkten i adjektivparet jäktad-lugn, som pekar på tidsknapphet för genomförandet. De två deltagare, som gett 10 respektive 17 på ATU-skalan, har funnit uppgiften mindre intressant.

Sammantaget bildar markeringarna på distraktorerna ett svarsmönster som sammanfaller med enkätsvaren, där kommentarer ger förklaringar till vissa uttryck för attityder.

13.3.2. Enkäten.

Den enkät, som följde ATU-skalorna, upptog 9 frågor samt utrymme för "övriga synpunkter" (bil. 3). Samtliga har besvarat enkäten, men två deltagare har utelämnat svar på frågorna om fördelar och nackdelar. Där föreligger alltså ett bortfall. Även här har frågorna uppdelats för teoridelen respektive hemarbetet med tillämpningsuppgiften. Svaren har kategoriserats och redovisas i tabeller. Endast fyra deltagare har gett övriga synpunkter.

Enkätsvaren avseende teoridelen av kursen har grupperats till kommentarer som a) sammanhänger med internatformen, b) undervisningen, c) övrigt. De redovisas i tabellerna 13:6—13:14. Enkätens frågor står som rubriker i tabellerna.

Till teoridelens fördelar hörde internat med samlad tid för studierna utan störningar, att få arbeta i lugn och ro skild från vardagen. "Koppla av vardagsstressen, ej tänka på patienter." "Avkopplande miljö, bättre koncentration." Kontakten med kolleger, diskussioner och erfarenhetsutbyte på fritiden nämns särskilt av 11 deltagare. Ex: "Fr.a. verksamheten 'runt omkring', d.v.s. lära känna kolleger genom ganska intensivt umgänge på fritiden." "Värdefulla informella kontakter." Se tabell 13:6.

Värdet av undervisningen kommenteras av 15 deltagare som "bred informa-

Tabell 13:6. Fördelar med teoriavsnitten (internatkurserna)? N=25.

Fördelar	Antal svar
Internatformen:	
Samlad tid, miljö	6
Diskussioner och kontakt med kolleger	11
Undervisningen (10 st uppgett fler fördelar)	15
Alla fördelar	1
Bortfall/ej svar	2
	35

Tabell 13:7. Nackdelar med teoriavsnitten (internatkurserna)?

Nackdelar	Antal svar
Internatformen	1
Undervisningen (ojämn kvalitet)	6
Kursens längd	11
Oklar målsättning	1
Inga nackdelar	2
Bortfall/ej svar	4
	25

tion", "gav kunskaper om", "insikter i" m.m. Ex: "Gav bred administrativ, sjukvårdspolitisk och hälsoekonomisk information." "Gav bred allmänbildning." "Utbildar där vi har alltför dåliga kunskaper i relation till vad vi behöver." "Gav ibland impulser till eget tänkande och reflekterande över vardagsnära skeenden — personlig effektivitet, ledarskap, problemlösningar." Några har sett fördelar med diskussionerna i anslutning till föreläsningar, där föreläsaren fungerat som katalysator. Två deltagare är odelat positiva. En skriver: "Alla fördelar". Den andra: "Bra förläggning. Bra kursledning. God anda på kursen. FAL-utbildningen gav mer än jag väntat mig."

I tabell 13:7 redovisas svaren angående nackdelar.

En av deltagarna tyckte att internatformen var olämplig ur familjesynpunkt. Kommentarer som berör själva undervisningen gäller ojämn kvalitet. Fem nämner detta med hänvisning till någon föreläsare, som inte inspirerade. Vissa avsnitt ansågs för katedrala och faktaspäckade. En tyckte att grupparbeten var bortkastad tid. En annan ansåg att: "en del saker var på ett teoretiskt plan med liten anknytning till den egna verksamheten". En deltagare antar att de flesta deltagare nog har en bredare administrativ erfarenhet i förväg än man utgår ifrån.

Teoridelen tog för lång tid, ansåg 11 deltagare. De menar att man kunde ha komprimerat och gett samma undervisning på två veckor. Fem av dessa påpekar svårigheten att vara borta från arbetet. Det framgår att de inte haft vikarier som utfört deras administrativa uppgifter under frånvaron; "det har samlats högar" och "totalt kaos på skrivbordet". Tre deltagare ansåg att "det borde varit effektivare".

Enkät svar avseende tillämpningsuppgiften:

Svaren avseende fördelar med tillämpningsuppgiften redovisas i tabell 13:8 och nackdelar i tabell 13:9.

Utöver de praktiska fördelarna för arbetsplatsen framhålls uppgifternas pe-

Tabell 13:8. Fördelar med tillämpningsuppgiften (hemarbetet)?

Fördelar	Antal svar
Praktiskt värde för arbetsplatsen	12
Tillgång till resurser på hemmaplan	1
Pedagogiskt värdefullt	10
Utbytet mellan discipliner (andras syn)	2
Bortfall/ej svar	2
	27

Tabell 13:9. Nackdelar med tillämpningsuppgiften (hemarbetet)?

Nackdelar	Antal svar
Tidsbrist	13
För mycket tid under internatet	2
Spridningen av uppgifter	1
Viss irritation på hemmaplan (över förändr)	1
Stereotyp mall för uppgifterna	1
Inga nackdelar	2
Bortfall/ej svar	5
	25

dagogiska värde, exempelvis "fördjupning i eget ämne", "ökad motivation", "tvingade till systematiskt, logiskt tänkande". En kursdeltagare, som menar att uppgiften kan ge viss praktisk tillämpning, tillägger "under förutsättning att det finns vettiga uppgifter" och anser "att den borde nog förberedas bättre".

Som framgår av tabell 13:9 har, utöver de två som ej svarat på någon av frågorna om fördelar och nackdelar, ytterligare tre personer utlämnat svar om nackdelar. Det kan innebära att man inte sett några nackdelar, men jag har i tabellen tagit upp det som bortfall.

Tidsbristen är en dominerande faktor. 11 deltagare uppger att de haft för lite tid på hemmaplan. En av deltagarna anser i detta sammanhang att uppehållet mellan andra och tredje internatet borde ha varit längre. Två anser att uppgifterna tagit för mycket tid under internatet och en uppfattar att uppgifterna blev stöpta i en konstlad mall. Irritationen inom en personalgrupp p.g.a. de förändringar som planerades i tillämpningsuppgiften blev ett problem för en kursdeltagare.

Kontakt med kursledningen:

Fyra kursdeltagare har haft kontakt med kursledningen eller resurspersoner från kursen vid genomförande av hemuppgiften. 21 personer svarar nej på denna fråga, som redovisas i tabell 13:10.

22 kursdeltagare har på hemmaplan samarbetat med annan personal för genomförandet av tillämpningsuppgiften. Som framgår av tabell 13:11 har sekreterare, sjuksköterska, läkare och/eller administrativ personal medverkat. Annan personal avser dietist respektive apotekspersonal. I tre fall har hela arbetsgruppen/teamet medverkat, då uppgiften gällt utvecklingsarbete eller organisationsförändring. Samarbete har även i något fall skett med kolleger vid annat sjukhus/sjukvårdsområde.

16 kursdeltagare anser att de haft för lite tid på hemmaplan för arbetet med tillämpningsuppgiften. Det bekräftar uppgifterna under nackdelar med hemarbetet, där tidsbristen uppgetts som nackdel av 13 deltagare. Se tabell 13:12. ATU-skälornas distraktorer om arbetsamt och jäktigt styrker också detta.

I kommentarer till nackdelar med tillämpningsuppgiften har några ansett att det tog för stor del av tiden under internatveckorna. Det styrks här av att nio

Tabell 13:10. Kontakt med kursledning/resurspersoner mellan internaten för genomförande av tillämpningsuppgiften?

Kontakt	Antal svar	
Nej ingen kontakt	21	
Ja - kontakt	4	
Kontakt 1 ggr		3
" 2 "		1
	25	4

Tabell 13:11. Medverkan av annan personal på hemmaplan i tillämpningsuppgiften?

Antal kursdelt	Ingen medv.	A n d r a p e r o n a l k a t e g o r i e r					
		Sekreterare	Sjuksköt.	Läkare	Arb.grp Team	Admi-nistr.	Annan pers.
2		x	x				
2		x					
3		x	x	x			
3				x			
3					x		
2							x
8						x	
3	x						
25							

Tabell 13:12. Tid för hemuppgiften under mellanperioderna?

Tid	Antal svar
För lite tid	16
Lagom tid	9
För mycket tid	0
	25

Tabell 13:13. Synpunkter på tid som ägnades åt tillämpningsuppgifterna under internatkurserna?

Tid	Antal svar
För lite tid	4
För mycket tid	9
Lagom tid	11
Bortfall/ej svar	1
	25

Tabell 13:14. Nyttan av internatveckornas innehåll för lösandet av tillämpningsuppgiften på hemmaplan?

Nyttan/ej nytta	Antal svar
Ja - hade nytta	15
Nej - hade ej nytta	9
Tveksam	1
	25

deltagare uppger detsamma vid svar på den här frågan, vilket redovisas i tabell 13:13.

Nio kursdeltagare har inte haft nytta av teoriundervisningen och grupparbetet kring projekten för att lösa uppgiften. Se tabell 13:14.

Övriga synpunkter:

Endast fyra deltagare har lämnat övriga synpunkter. En av dem tar upp arbetsbelastningen hemma som följd av frånvaron från arbetet under kursen. Längre tid mellan andra och tredje internatet skulle vara en fördel, framhåller denne. Man skulle då haft bättre möjlighet att tänka efter och kunna framföra till kursledningen vad man ville veta mer om. Den tredje kursveckan ansågs "för komprimerad", för att man skulle hinna tänka igenom innehållet och smälta det.

En deltagare uttalar: "FAL-veckornas största värde låg nog i att man fick

bättre begrepp om hur administratörerna tänker och fungerar, så man lättare kan kommunicera med dem i deras egen begreppsvärld." En önskan uttrycks också att administratörer fick lära sig litet om hur sjukvård verkligen fungerar. En deltagare konstaterar helt kort: "Sammanfattningsvis anser jag att FAL-kursen var värdefull."

Sammanfattning.

Attitydundersökningen med ATU-skalan visar en positiv inställning till teori-avsnitten med samtliga värderingar på den positiva sidan av skalan och Md 33. Även ATU-skalan för tillämpningsuppgiften är övervägande positiv med Md 32. Här är dock bilden en annan. Två låga värden, 10 och 17, visar en negativ inställning till tillämpningsuppgiften. Fem värderingar finns på mitten av skalan medan övriga gav 30—38 poäng (av 42 möjliga). Individuellt ger deltagarna i stor utsträckning skilda värderingar på teori respektive tillämpningsdel. Skillnaderna går åt båda hållen och tar ut varandra vid sammanräkning.

Kommentarer och svar i enkäten tyder på att kursdeltagarna bedömt fördelar/nackdelar med tillämpningsuppgiften utifrån det praktiska värde man tillmäter resultatet. De två, som visar negativ attityd till uppgiften har gett följande kommentarer: "Andras arbeten mera intressanta än min, som var tråkig, men hann inte göra någon annan" respektive "Andras sätt att lösa problem i hemuppgiften gav mera än min egen uppgift". En tredje nämner: "Borde nog ha förberetts bättre." I övrigt visar svaren i enkäten att tillämpningsuppgiften varit stimulerande och intressant. I flertalet fall har den också varit till stor nytta för arbetsplatsen, både ur organisatorisk och ekonomisk synpunkt.

Resultaten från analysen av distraktorer i ATU-skalan liksom svar i enkäten visar att flertalet upplevt tidsbrist för genomförandet av detta hemarbete och att kursen medfört ökad arbetsbelastning p.g.a. att arbetsuppgifter hopat sig under bortavaron.

Av enkätsvaren framgår att inlärnin skett. Det nämns genom uttryck som värdet av att ha fått "Bred allmänbildning", "nya informationer och kunskaper", "inblick i områden, som man annars inte kommer i kontakt med".

13.4. Resultat/effekter ett år efter FAL-kursen.

Resultaten från intervjuundersökningen ett år efter FAL-kursen redovisas här enligt följande:

1. Kursdeltagarnas utsager.

2. Underställd personals utsagor.
3. Överställd personals utsagor.
4. Jämförelser mellan kursdeltagarnas och övriga intervjupersoners utsagor.
5. Sammanfattning.
6. Sjukhusdirektörers m.fl. erfarenheter allmänt av FAL.

13.4.1. Kursdeltagarnas utsagor.

Kursdeltagarnas utsagor har sammanställts enligt den kategorisering som redovisades i kapitel 12. Det redovisas i en översiktlig matris på följande sida. Däri illustreras hur resultaten fördelar sig på olika kursdeltagare. Numreringen är inte slumpmässig men omkastad från deltagarlistan av anonymitetsskäl. Kryssmarkeringarna i matrisen anger att kursdeltagaren i intervjun uppgett att han/hon tycker sig ha lärt något nytt, anser sig ha användning av kunskaperna respektive ändrat inställning och/eller upplever förändring i något avseende. Det har då kategoriserats som förändring genom

a) ökad kunskap, b) kunskapsanvändning respektive c) attitydförändring.

Det har framgått av samtalen vilka ämnesområden som särskilt upplevts nyttiga och som bidragit till ändrad syn, annan inställning, genomförda förändringar etc. Med ”praktisk nytta” menas att kunskaperna påverkat vid utförandet av arbetsuppgifterna.

1) *Kunskapsinläring:*

Samtliga 25 deltagare har uppgett att de fått nya kunskaper, att de lärt något nytt eller ”fräschat upp gamla kunskaper och fått ett och annat guldgruv”. Av uttalandena har framgått att intresse och behållning knyts till vissa ämnesområden. Jag har vid kategoriseringen av utsagor per ämnesområde sammanfört kunskap, nytta och effekter.

2) *Upplevd praktisk nytta av kursen:*

19 deltagare anser att de har direkt nytta i arbetet av kunskaper och erfarenheter från FAL-kursen. Nyttan har varit både praktisk och generell. Exempel på utsagor:

”Jag lärde mig förstå ett språk. Man lär termer, hör folk prata om det och man kan följa med. Jag blev medveten om rätten att delegera. Det har lett till en klart positiv förändring av arbetssituationen.”

”Jag har haft mycken nytta av de ekonomiska resonemangen.”

”Sammanfattningsvis: insikt — i ekonomiska frågor, personalhantering, vikten av samarbete mellan kliniker och hur gången är inom administrationen — det var det som gav mig mest.”

”Lärde mig mycket om många saker som jag inte visste förut. Nu kan jag mer om administration och därmed blir det bättre med kommunikationen.”

Sammanställning av resultat/effekter enligt kursdeltagarnas utsagor:

RESULTAT/EFFEKTER	KURSDELTAGARE (kryss anger utsaga om effekt/nytta)																								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
1) Kunskapsinlärnning	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	25
2) Praktisk nytta av utb.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x				x	19
3) Kunskap/nytta/effekter rel.																									
a) Ekonomi	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	22
b) Planering			x			x	x	x								x					x			x	8
c) Organisation	x	x	x	x	x		x	x				x			x										12
d) Medicinsk effektivitet	x	x	x			x	x	x				x		x					x				x		12
e) Chefsrollen	x	x	x	x		x	x	x		x	x	x	x		x			x	x	x					17
f) Övrigt, arb.rätt, juridik									x					x											7
4) Genomfört förändringar	x	x	x		x		x				x			x	x		x	x			x				14
5) Ökad effektivitet																									
a) Personlig	x	x				x	x	x			x								x				x		8
b) Kliniken/mottagn.			x			x	x		x										x				x		9
6) Tillämpningsuppgiften:																									
a) Nyttä av den	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x															22
b) Genomfört/forts.plan.	x		x	x	x	x	x	x	x																19
7) Attityder (insikt, medvetenhet, ändr. inställn.)																									
a) Övrigt hänf. till psykosoc. faktorer	x	x		x	x	x	x	x	x	x															22
8) Övrigt hänf. till psykosoc. faktorer	x	x	x	x		x	x	x		x															18
Kursdeltagare	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25

”Framför allt lärt mig planera på ett nytt sätt. Det händer ofta att jag stannar upp och försöker hitta en bättre effektivitet.”

”Nytta av kursen — t.ex. inblick i organisationssystemet på landstingssidan. Hur gången är. Budgetsystemets uppbyggnad. I det totala jobbet får man nytta av det.”

”Information om ett ämne som jag inte visste mycket om. Bland annat har jag lärt mig lyssna bättre och vet att det alltid finns flera sätt att se.”

”En effekt kan vara: Förr lade man papper åt sidan — dom var inte tillgängliga. Nu ser man vad det handlar om — dom har så att säga blivit mer tillgängliga.”

Alla tycker sig inte ha haft praktisk nytta av kursen:

”Uppriktigt sagt tycker jag inte att jag har nytta av kursen. Delvis beror det väl klart på mina arbetsuppgifter. Jag har *lite* administrativa uppgifter. Jag tycker inte att det heller var riktigt praktiskt tillämpbart.”

”Var redan förut intresserad av administrativa uppgifter. Kursen gav inte mycket mer än jag kunde förut. Men den gav mig ändå personligen en hel del.”

3) *Kunskap/nytta/effekter* relaterat ämnen i kursen:

a) *Ekonomi:*

22 kursdeltagare anser att utbildningen i ekonomi gett ökad insikt i och intresse för ekonomiska frågor. De har fått medvetenhet om ekonomins betydelse och förståelse för arbetsgivarens sparkrav.

”Kanske ekonomiavsnitten var dom bästa. Att förstå ekonomernas sätt att resonera.”

”FAL-utbildningen gav någon slags överblick över ekonomiska sammanhang.”

”Det gav en bra uppfattning om landstingens och statens ekonomi och att se relationer till det egna området. Förstår att man måste prioritera hårdare, därför att ekonomin är som den är.”

”Ekonomi. Det var intressant. Kände till det tidigare, men jag tycker genomgången var utmärkt. Exempen var bra. Bra få insyn i hur kostnader beräknas etc...”

b) *Planering:*

7 deltagare anser att ämnet bidragit till ökad effektivitet.

c) *Organisation:*

12 deltagare har fått ökat intresse för organisatoriska frågor och mer förståelse för organisationens krav.

”Jag har fått en helt annan syn på organisationen och personal nu. Har nu lagt fram ett förslag till organisationsändring som gör att vi klarar ekonomin bättre.”

d) *Medicinsk effektivitet:*

12 deltagare anser sig ha lärt om och/eller haft nytta av dessa inslag.

Uttalandena vittnar om att inslaget upplevts som fascinerande, att det väckt tankar och att kunskaper om medicinsk teknologi gav vidare perspektiv. Nyttan

syns inte vara praktisk, men sägs ha skapat ökad medvetenhet om läkarens roll vad gäller ekonomiska sammanhang och planering.

”Den här typen av diskussioner måste man ta upp. Sen genomföra kostnadsanalyser, så man inte slänger pengar i sjön på helt galna saker.”

”Det gav en allmän förståelse för medicinsk teknologi. Det ger ökad inblick och förståelse för resonemangen.”

”Det mest betydelsefulla är den hälsoekonomiska aspekten. Det kom fram under kursen, att det finns mycket kunnande på enskilda bitar. En anledning till att ännu mer öka intresset för det här.”

e) Chefsrollen:

20 deltagare kommenterar erfarenheterna från undervisningen om och diskussionerna kring chefsrollen. Det gällde dels gruppdynamiska inslag med återkoppling på eget beteende, dels medvetenhet i olika aspekter.

”Man fick ju höra en del kritik. Kan kanske vara nyttigt. Kanske jag blivit lite mer benägen att lyssna på andra. Att lyssna och respektera. Diskussionerna kring det här var bra.”

”Jag har funderat en del innan också. Fick väl bekräftat att man var inne på rätt väg. Det är klart — har fått påpekat saker och ting som man inte tänkt på.”

”Sånt jobbar vi mycket med inom psykiatrin, så det ger medvetenhet om dominans och sådant. Men det kan ha haft påverkan genom att göra en medveten om den egna personens sätt att vara, som har betydelse.”

”Det skapade medvetenhet om betydelsen av detta att vara chef. Inse att det är väsentligt hur man agerar i alla avseenden. Vikten av relationer till personalen. Vad som krävs och förväntas av en och hur man förvaltar detta förtroende och förväntan.”

”Var väl tidigare för lite ledare, men ställer nu mera krav. Tror jag blivit bättre chef.”

”...blivit mer styrkt i ledarrollen. Värnar mer om dom uppgifter som hör till ledarrollen.”

Två kursdeltagare har inte funderat på ledarrollen, då de ej är i chefsställning. Tre har inte ändrat sin inställning till ledarrollen. De hade inte fått något nytt från dessa avsnitt.

f) Övrigt:

Av de sju, som särskilt nämnt nyttan av undervisningen i sjukhusjuridik och arbetsrätt, fördelas intresset till sjukhusjuridik av tre, MBL av tre, medan en uppger att han haft praktisk nytta av kunskapen om arbetsmiljö- och arbetstidslagarna.

4) Genomfört förändringar:

14 deltagare har genomfört förändringar på arbetsplatsen. Ett par av dessa har gällt övergripande organisationsförändringar, övriga är förändringar i verksamheten, rutiner, information etc.

”Det sker ju alltid förändringar inom sjukvården. Dels kommer nya hjälpmedel, dels ser vi över rutinerna.”

5) Effektivitet:

Åtta deltagare anser att de uppnått ökad personlig effektivitet. I nio fall bedöms effektiviteten ha ökat inom kliniken/mottagningen. Fem finns i båda dessa kategorier.

6) FAL tillämpningsuppgifter:

22 deltagare uppger att de haft nytta av tillämpningsuppgiften. Av dessa pekar 13 på nytta genom ökad kunskap, respektive att den används för fortsatt planering eller stimulerat till utveckling. I nio fall har genomförts de förändringar som uppgiften avsåg. Av dessa uppger fyra att förändringarna medfört ökad vinst (= kostnadsbesparing eller ökad produktion) genom effektivare resursutnyttjande.

"FAL-uppgiften är visst till nytta. Vi har en utredning på gång. Den ger vidare vyer att tänka vidare."

"Det har utvecklats så att vi i dagarna börjar bygga...."

"Vidareutveckling pågår. Denna var av forskningskaraktär."

"Lokalt har arbetet haft stor administrativ betydelse för eftervården av hjärtinfarkt-patienter. Effekt: bland annat fler överlevande hjärtinfarktpatienter."

Alla hade inte avslutat tillämpningsuppgiften. Två deltagare uppger att de för tillämpningsuppgiften inte haft särskild nytta av FAL. De skulle ha gjort detta arbete ändå.

"Tillämpningsuppgiften — jodå, den driver jag. Egentligen — jag hade påbörjat analysen före kursen, så jag passade på att fullfölja den. Jag fick i alla fall föra den till slut. Men att få vara ifred — jag gjorde det ju på nätterna!"

"Tillämpningsuppgiften var ett sånt arbete som jag själv var ansvarig för. Att organisera. Det fungerar bra. Hade egentligen inte nytta av mitt arbete i FAL-kursen. Det var ett arbete som jag var tvungen att åstadkomma och få det att rulla här."

"Jag har inte slutfört uppgiften än, men jag använder det här som jag har skrivit."

Särskilt betonas att diskussionerna i grupp kring tillämpningsuppgifterna varit värdefulla. Det var bra att få lära att man kan göra nya och annorlunda lösningar.

7) Attityder:

Till denna kategori fördes uttalanden som avslöjade att vederbörande ändrat inställning till sin omgivning eller sina arbetsuppgifter på något sätt, exempelvis "jag har fått vidgade vyer, tänker annorlunda", "fått annat perspektiv", "bättre förståelse för administratörerna".

22 deltagare uppger att de i något avseende ändrat inställning, fått nya perspektiv, tänker i nya banor etc. Främst framhålls ekonomi genom förståelse för sparkrav men också förståelse för vikten av de administrativa uppgifterna och för administratörerna ("deras dilemma") och ändrad inställning till personalfrågor.

”Möjligen har jag blivit lite mer positiv till de administrativa uppgifterna efteråt.”

”FAL-kursen gav mig mycket. Hela tiden utvecklas min tanke i andra banor.”

8) Övrigt. Faktorer av betydelse för arbetsmiljön:

Till den här kategorin har jag fört utsagor som berört inställning till personalfrågor och förändringar som är av betydelse för den psykiska och sociala sidan av arbetsmiljön. Det handlar om ökad förståelse för personalens behov av information och utveckling, som medfört åtgärder i dessa avseenden, upplevd bättre kommunikation med underställd personal och med administrationen. Det innefattar också ökad säkerhet som påverkat egen trivsel i arbetet.

18 deltagare kommenterar sin inställning till personalfrågor i samband med chefsrollen respektive i samband med organisationen. Några lägger nu större vikt vid information till personalen och ökat intresse för personalutbildning. Exempelvis har en klinikchef övergått till att själv besöka avdelningarna för att lämna information i stället för att hålla informationsmöten i annan lokal. Därigenom kan fler vara med och kontakten med personalen ökar. Bättre samarbete med andra kliniker och med administrationen betygar fyra deltagare. Egen ökad trivsel i arbetet genom ökade kunskaper och ökad säkerhet nämns särskilt av sex. En av dem har med lärdomar från FAL kunnat lösa ett besvärligt relationsproblem.

”En av de viktigaste delarna för mig från FAL-kursen var att jag löste ett relationsproblem här mycket effektivt. Det har lett till en förbättring av arbetsmiljön. Annars hade jag inte varit kvar här nu.”

”Gick runt och frågade personal hur de upplevde kliniken vad gällde samarbete och demokratiska former. En del har vi tagit upp och börjat tillämpa. Det har inspirerat dem också att tänka vidare.”

”Mindre stress nu. Fått bättre begrepp om hur viktig den personliga effektiviteten är. Man gör en självvransakan — upptäcker att man kan ’droppa’ en del.”

”Arbetsmiljön inom kliniken har klart kunnat förbättras.”

”Att vara biträdande klinikchef — det tyckte jag var hemskt obehagligt — kände en sån fruktansvärd otrygghet. Då tror jag såna här kurser är bra. Jag känner inte längre den där rädslan. Stressreducerande — det skriver jag under på.”

Fler hade liknande upplevelser beträffande stress/frustration inför administrativa uppgifter, som minskat efter kursen. Fem har fått en bättre arbetssituation genom att de kan planera sitt arbete bättre. Hit har också förts de utsagor som talar om värdet av att ha fått idéer, impulser och inspiration för sitt fortsatta arbete. I några fall nämns kursens värde för personlig utveckling i annat avseende än ökad kunskap.

”Bara detta att ha fått tid att tänka. Vardagen är så hårt inrutad med patienter och sånt. Man får aldrig tid att tänka och utveckla sina idéer.”

”Mitt intresse för samhällsfrågor har ökat, speciellt gäller det sådant i omvärlden som kan ha påverkan på sjukvården. Jag läser t.ex. tidningarna annorlunda nu.”

”FAL-kursen har bidragit till personlig utveckling även på annat sätt än ökad kunskap” (tre deltagare).

Relationen till och beroendet av politiska beslut togs spontant upp i de flesta intervjuerna. Samtliga önskade att fler politiker hade varit närvarande för gemensam diskussion. Nio deltagare trodde att de nu på ett bättre sätt skulle kunna framföra yrkanden och synpunkter som kan bidra till att ge politikerna bättre underlag för beslut. Det var detaljer som bidrog till ökad egen säkerhet i administrativa uppgifter.

Erfarenhetsutbyte och diskussioner med kollegerna under icke-lektionstid framhålls av samtliga 25 kursdeltagare som mycket värdefulla. Kontakten med kolleger från andra discipliner och andra landsting, framför allt kontakten primärvård/sluten vård, bedöms vara utvecklande för verksamheten. De, som utöver viss kunskapsinhämtning inte tyckt sig ha haft nytta av undervisningen, uppger att dessa kontakter varit det mest värdefulla med kursen för deras del.

”Bara det att upptäcka att man inte är ensam om problemen kändes fint.”

”Man fick ju väldigt många goda råd, praktiska och användbara råd, av de äldre kollegerna och av erfarenhetsutbyte över huvud taget.”

Kritiska synpunkter framfördes också. Två deltagare var besvikna på kursen. De hade förväntat mer praktisk utbildning, t.ex. av hur olika ärenden handläggs. Kursen upplevdes av dessa som för teoretisk. Den ene såg dock positivt på tillämpningsuppgiften, som varit praktisk och nyttig.

Kursen längd, som kritiserats i enkätsvar strax efter kursens avslutning, togs upp igen av 11 deltagare, som ansåg att den teoretiska delen kunde avkortas och under två veckor ge plats åt samma innehåll. Förslag till förändringar framfördes, t.ex. att tre seminarier i internat skulle bibehållas men med fyra dagar per vecka. En dag på hemmaplan dessa veckor skulle vara värdefullt för arbetsplatsen. Hellre starta tidigt första dagen och sluta sent den sista. Längre uppehåll mellan andra och tredje internatveckan efterlystes med hänsyn till hemarbetet med tillämpningsuppgiften. Dessa utsagor samstämmer med den tidsknapphet och arbetsbelastning som påpekats i enkätsvaren ett år tidigare.

Kritiska synpunkter beträffande vissa inslag i undervisningen sammanföll med det som diskuterats i kursvärderingen och som nämnts i enkätsvaren. De har redovisats till kursledningen och tas ej vidare upp här.

19 av de 25 kursdeltagarna ansåg att det varit en fördel om den sista kursveckan varit gemensam med läkare och administrativ personal, främst med klinikföreståndare, och den gemensamma veckan borde vara en lokal kurs. (Sådan utbildning ingår i planerna. Några deltagare hade efter FAL-kursen deltagit i lokal kurs inom sina sjukvårdsdistrikt.) Samtliga ansåg det vara en fördel, närmast nödvändigt, att läkarna först fick en grund genom utbildning enbart med läkare i kursen. Motiveringen till det var att läkarna helt saknar grundutbildning i administrativa frågor, medan klinikföreståndare och administratörer har utbildning inom området. Skillnaden i kunskap och förståelse antogs vara stor med risk för missförstånd och läsningar, som kan bli hinder för fruktbara dis-

kussioner. Intresse fanns för vidare fortbildning; fortsättning eller uppföljning av FAL-kursen. Detta har vidarebefordrats till kursledningen och detaljredovisas inte här.

Analys av resultaten mot vissa bakgrundsfaktorer.

Resultaten fördelade m.h.t. ställning i organisationen:

Ett år efter kursen hade förändringar skett beträffande ställning i organisationen genom avancemang, så att fördelningen var följande (siffror inom parentes anger situationen under kursen):

- 8 (5) Överläkare—Klinikchef
- 2 (2) Distriktsöverläkare
- 1 (1) Vårdcentralchef
- 8 (11) Överläkare—ej klinikchef
- 2 (2) Distriktsläkare
- 4 (4) Biträdande överläkare.

Till en grupp, KC/DÖL/VCC, har förts klinikchefer, vårdcentralchef och distriktsöverläkare (11). Överläkare, som ej är klinikchef, biträdande överläkare och distriktsläkare har sammanförts till gruppen ÖL/BÖL/DL (14). Resultatens fördelning på grupperna redovisas i tabell 13:15.

Tabell 13:15. Effekter efter FAL-kurs. Resultaten fördelade enligt kursdeltagarnas ställning i organisationen. N=25.

Effekter	Kursdeltagare		Antal
	ÖL/BÖL/DL	KC/DÖL/VCC	
1) Kunskapsinläring	14	11	25
2) Praktisk nytta av utbildningen	9	10	19
3) Kunskap/nytta/effekt relaterat			
a) Ekonomi	12	10	22
b) Planering	2	6	8
c) Organisation	4	8	12
d) Medicinsk effektivitet	8	4	12
e) Chefsrollen	10	7	17
f) Övrigt (juridik, arbetsrätt)	2	5	7
4) Genomfört förändringar	7	7	14
5) Ökad effektivitet			
a) Personlig	5	3	8
b) Kliniken/mottagningen	5	4	9
6) Tillämpningsuppgiften			
a) Nyttä av den	13	9	22
b) Genomfört/fortsatt planering	10	9	19
7) Attitydförändring	13	9	22
8) Övrigt (arbetsmiljö mm)	10	8	18

Gruppen KC/DÖL/VCC förefaller att i något högre grad ha haft nytta av undervisningen inom ämnesområdena planering, organisation och juridik än den andra gruppen. De syns också ha haft mer praktisk nytta av undervisningen samt har genomfört något mer förändringar än gruppen ÖL/BÖL/DL. Inom gruppen ÖL/BÖL/DL har relativt sett flera nämnt nyttan av undervisningen i medicinsk effektivitet än inom gruppen KC/DÖL/VCC. Större andel av gruppen ÖL/BÖL/DL har också uppgett nytta av tillämpningsuppgiften samt nämner i högre utsträckning effekter som hänförs till attitydförändring respektive övrigt (faktorer av vikt för arbetsmiljön). Skillnaderna är inte signifikanta på 5%-nivån enligt Fisher Exact Probability Test.

Resultaten fördelade m.h.t. *erfarenhet i ledande ställning* före kursen:

För att göra en analys av deltagarnas uppfattning om effekterna av FAL-kursen ett år efter kursens slut relaterat deras tidigare erfarenhet i ledande ställning fördelades deltagarna på två grupper: de med erfarenhet 0—9 år (13 deltagare) respektive 10 år eller mer (12 deltagare) i ledande ställning. Resultat efter denna uppdelning redovisas i tabell 13:16.

Som framgår av tabell 13:16 föreligger inga mer markanta skillnader mellan de båda grupperna. I ett par kategorier tycks dock skillnader föreligga. Inom gruppen 0—9 år upplever man sig ha haft praktisk nytta av utbildningen i 11 av 13 fall mot 8 av 12 i gruppen med längre chefserfarenhet.

Tabell 13:16. Effekter efter FAL-kurs. Resultaten fördelade m.h.t. deltagares chefserfarenhet 0-9 resp. 10 år el. mer. N=25.

Effekter	Antal svar per kategori			Antal
	0-9 år	10 år el mer		
1) Kunskapsinlärnin	13	12		25
2) Praktisk nytta av utbildningen	11	8		19
3) Kunskap/nytta/effekter relaterat				
a) Ekonomi	10	12		22
b) Planering	4	4		8
c) Organisation	7	5		12
d) Medicinsk effektivitet	7	5		12
e) Chefsrollen	8	9		17
f) Övrigt (juridik, arbetsrätt)	4	3		7
4) Genomfört förändringar	7	7		14
5) Ökad effektivitet				
a) Personlig	3	5		8
b) Kliniken/mottagningen	3	6		9
6) Tillämpningsuppgiften				
a) nytta av den	12	10		22
b) Genomfört/fortsatt planering	9	10		19
7) Attitydförändring	11	11		22
8) Övrigt (arbetsmiljö mm)	8	10		18

Tabell 13:17. Effekter efter FAL-kurs. Resultat fördelade m.h.t. kön.

Effekter	Kursdeltagare		Antal
	Kvinnor	Män	
1) Kunskapsinläring	5	20	25
2) Praktisk nytta av utbildningen	5	14	19
3) Kunskap/nytta/effekter relaterat			
a) Ekonomi	5	17	22
b) Planering	2	6	8
c) Organisation	2	10	12
d) Medicinsk effektivitet	4	8	12
e) Chefsrollen	4	13	17
f) Övrigt (juridik, arbetsrätt)	1	6	7
4) Genomfört förändringar	4	10	14
5) Ökad effektivitet			
a) Personlig	2	6	8
b) Kliniken/mottagningen	3	6	9
6) Tillämpningsuppgiften			
a) Nytta av den	5	17	22
b) Genomfört/fortsatt planering	5	14	19
7) Attitydförändring	4	18	22
8) Övrigt (arbetsmiljö mm)	5	13	18

Undervisningen i ekonomi har gett effekter i högre grad hos dem som varit i ledande ställning 10 år eller mer. En liten skillnad finns också beträffande faktorer som har samband med psykosocial arbetsmiljö, där gruppen 10 år eller mer ligger något högre med 10 av 12 mot 8 av 13 för den andra gruppen. Skillnaden är inte signifikant på 5%-nivån enligt Fishers test.

Resultaten vid uppdelning efter *kön* redovisas i tabell 13:17. Som framgår därav har kvinnorna relativt högre frekvens av positiv markering på flertalet faktorer. Då gruppen kvinnor i min undersökning är så liten att generalisering inte är möjlig, är det meningslöst att göra någon statistisk bearbetning eller prövning av skillnader mellan män och kvinnor enligt dessa resultat.

13.4.2. Underställd personals utsagor.

42 underställd personal intervjuades. I de fall där mer än en underställd intervjuades om samma kursdeltagare hade de var för sig samma uppfattning om förändring eller inte hos chefen. Jag har därför ansett det möjligt att i redovisningen sammanföra dessa svar, så att utsagorna fördelas på de 25 kursdeltagarna, och att det inte är nödvändigt att redovisa om det är en eller fler utsagor i de enskilda fallen. Svaren har sammanställts i tabell 13:18.

Underställd personal har kunnat märka förändring hos 16 av kursdeltagarna.

Tabell 13:18. Förändring hos FAL-deltagare efter kurs enligt underställd personals utsagor.

Utsaga:	Antal FAL-deltagare:
Förändring har iakttagits	16
Osäker/vet inte	3
Ingen förändring	5
Bortfall	1
	25

Dessa förändringar kan grovt hänföras till två kategorier: faktakunskaper och intresse respektive chefsrollen. Åtskillnad har i tabell 13:18 inte gjorts avseende typer av förändring, men det framgår av den översikt jag redovisar i tabell 13:20 för jämförelse mellan kursdeltagarnas och underställd respektive överställd personal. Någon gradering av förändringarna har inte skett.

I 10 fall utsägs att läkaren förefaller ha blivit mer intresserad av personalfrågor och/eller annan administration. Förändringar som kan uttryckas i termer av "bättre chef" har klart uttalats om sex kursdeltagare. Tre intervjuade personal säger spontant, att det medfört bättre arbetstillfredsställelse för deras egen del. Två talar då för hela arbetsgruppen, eftersom de diskuterat detta sinsemellan före min intervju.

"Det ger större trygghet i arbetssituationen. Det gör att min och hela gruppens arbetstillfredsställelse har ökat. Vi har en öppen atmosfär och har talat med chefen om det."

"Han frågar mer efter hur personalen har det. Om belastning och sånt och hur vi ser på något han vill göra. Det gjorde han inte förr."

"Förändring — ja, men väldigt liten. Han/hon var bra förut också."

"Han har utvecklats enormt under det senaste året. Vi har fått mycket mer information och vi talar om utbildning för personalen. Han tillvaratar våra intressen uppåt."

I fem fall har personalen inte kunnat märka någon förändring. Minst två eller tre underställda tillfrågades då. Svaren var samstämmiga. Osäkerhet uttrycks beträffande tre kursdeltagare: kanske, jag vet inte. I några fall, där inte ändring iakttagits eller då intervjupersonerna är osäkra, följer tillägget

"Han var bra förut också" eller "Han/hon har alltid varit bra och intresserad" eller "Han ändrar sig nog inte".

13.4.3. Överställd personals utsagor.

26 intervjupersoner ingår i gruppen "överställd personal". I de fall mer än en person uttalat sig om en kursdeltagare har dessa sammanförts, då dessa i likhet med den underställda personalen varit samstämmiga. Ingen skillnad har gjorts mellan stor eller liten förändring. Svaren har sammanställts i tabell 13:19.

Tabell 13:19. Förändring hos FAL-deltagare efter kurs enligt överställd personals utsagor.

Utsaga:	Antal FAL-deltagare
Förändring har iakttagits	14
Osäker/vet inte	7
Ingen förändring	4
	25

Överställd personal har kunnat iaktta förändringar efter FAL-kursen hos 14 kursdeltagare. I sex av dessa fall menar uppgiftslämnarna att en positiv utveckling skett hos personen ifråga, men de påpekar att de inte vet om det beror på FAL-kursen eller om det är genom ökad erfarenhet. I åtta fall vidimeras en klart märkbar förändring, som antas vara ett resultat av utbildningen i FAL-kursen.

”Har utvecklats praktiskt.”

”Visar mer insikt i övergripande frågor. Har blivit ett stöd för mig som klinikchef.”

”Tycker mig märka en viss förändring i attityden till ekonomiska och administrativa frågor.”

”Mer substans i diskussioner.”

”Tillämpningsuppgiften var bra. Jag har engagerat vederbörande i utredningar.”

I fyra fall, där ingen förändring kunnat konstateras, framhålls att kursdeltagaren redan förut uppfattats som kunnig och intresserad. Skillnaden, om sådan fanns, skulle i så fall vara en fråga om grader och då på sådan nivå, att det inte märktes i det samarbete eller de kontakter man hade. Beträffande sju av kursdeltagarna kände intervjupersonerna sådan osäkerhet, att de inte vill svara vare sig ja eller nej. Kursdeltagaren har så självständigt arbete, att det kan vara svårt se om förändringar inträffat, särskilt som vederbörande redan förut uppfattats intresserad av administrativa uppgifter. Men de ville inte heller utesluta effekter.

13.4.4. Jämförelser mellan kursdeltagarnas och övriga intervjupersoners utsagor.

För jämförelse mellan kursdeltagarnas och övriga intervjupersoners utsagor om effekter, som eventuellt kunde relateras till den genomgångna FAL-kursen redovisas resultaten av utsagorna i tabell 13:20. Däri har uppgift om positiv förändring respektive av kursdeltagarna upplevd nytta/inläring markerats med +. Ingen förändring respektive ingen nytta har markerats med —. Där intervjupersonerna varit osäkra/vet inte har markering skett med? Bortfall markeras med 0.

Tabell 13:20. Sammanställning av effekter efter FAL-kurs enligt kursdeltagares, överställd respektive underställd personals utsagor.

	Kursdeltagare		Överställd personal	Underställd personal	
	Kunskap Nytta	Chefs- rollen	Kunskap/ Intresse	Kunskap/ Intresse	Chefs- rollen
A.	+	+	+	+	+
B.	+	+	+	+	+
C.	+	+	+	+	+
D.	+	+	?	+	+
E.	+	-	-	+	-
F.	+	+	-	?	?
G.	+	+	+	+	+
H.	+	+	+	+	+
I.	+	-	+	?	?
J.	+	+	+	+	+
K.	+	+	+	?	-
L.	+	-	+	+	-
M.	+	+	+	+	+
N.	+	-	?	0	0
O.	+	+	+	+	+
P.	+	-	?	+	+
Q.	+	-	+	+	+
R.	+	+	-	?	-
S.	+	+	?	-	?
T.	+	+	+	?	+
U.	+	+	+	+	-
V.	+	-	?	+	-
X.	+	-	?	-	-
Y.	+	-	?	?	?
Z.	+	+	-	?	-

De 25 kursdeltagarna har uppgett att de i något avseende fått ökade kunskaper, intresse eller nytta beträffande något eller några ämnesområden i FAL-kursen. 17 av de 25 kursdeltagarna har nämnt att undervisningen och diskussionerna kring chefsrollen varit givande och väckt insikt om chefsrollens betydelse. Flertalet tror att de efter kursen interagerar med större medvetenhet i personalfrågor. Deras utsagor om detta förs till en kolumn.

Underställd personals (UP) utsagor har kategoriserats till två skilda typer, dels om läkaren visat ökade kunskaper/ökat intresse för administration, ekonomi etc, dels uttalanden om vederbörande som chef; faktorer som sammanhänger med den socialpsykologiska sidan av chefsrollen, t ex intresse för personalen, förbättrad kommunikation, mer information o d.

Överställd personal (ÖP) har inte ansett sig kunna göra uttalanden om chefskapet, d.v.s. relationerna visavi den underställda personalen. De har bara uttalat sig om förändringar som kan relateras till kunskap/intresse/ attityder.

Vad gäller kunskap/intresse sammanfaller av (UP) och (ÖP) uppgivna förändringar beträffande 10 kursdeltagare. I fyra fall har (UP) men inte (ÖP) märkt förändringar i kunskap/intresse, medan i två andra fall (ÖP) märkt förändringar men inte (UP). Utsagorna av (UP) och (ÖP) prövades medelst teckentest. Resultaten därav visar att den uppfattade tendensen beträffande ökade kunskaper och intresse för ekonomi och administration är statistiskt säkerställd som en sann förändring.

I 12 fall har (UP) uppgett att de märkt förändringar, som hänförts till "chefsrollen". 10 av dessa sammanfaller med kursdeltagarnas uppgifter. I två fall har (UP) märkt förändringar hos chefen, där denne inte ansett att han förändrats eller att undervisningen om chefsrollen varit till nytta. I sju andra fall har kursdeltagaren upplevt någon grad av förändring, men det har inte vidimerats av (UP). Beträffande dessa har två (UP) svarat "kanske-jag vet inte", vilket markerats med ? i sammanställningen ovan. I ett par andra fall har kommenterats, att han/hon varit bra förut också.

Den positiva tendensen i de olika utsagorna har prövats med teckentest. Eftersom inga utsagor om negativa förändringar har förekommit visar sig den positiva förändringen vara statistiskt säkerställd. Materialet visar således att förändring i en del av kursdeltagarnas chefsbeteende har skett efter FAL-kursen.

13.4.5. Ett år efteråt. Sammanfattning.

Resultaten av den intervjuundersökning som genomfördes ett år efter kursen visar positiva effekter vad gäller inhämtade kunskaper och nyttan av dessa. Samtliga 25 kursdeltagare uppger att de fått nya kunskaper inom något eller några av de ämnesområden som ingått i undervisningen. 19 deltagare anser att har de haft nytta av kunskaperna i sitt dagliga arbete, praktiskt och/eller generellt. 14 har genomfört någon förändring i verksamheten under det år som gått efter utbildningen. Attitydpåverkan har skett hos 22 deltagare. Det handlar om "ny syn på saker och ting", "medvetenhet, insikt", "förståelse för sparkrav", "något mer intresserad" etc.

Mest effekt har undervisningen i ekonomi gett. 22 deltagare anser att detta var intressant och nyttigt. 22 är det också som anser att den tillämpningsuppgift de arbetat med på hemmaplan mellan internatavsnitten har varit till nytta. 19 av dessa har antingen genomfört de planerade förändringarna eller använder resultatet av hemuppgiften på annat sätt, ex för fortsatt planering och utredning. 17 deltagare uppger att undervisningen och diskussionerna kring chefsrollen varit nyttiga och gett insikt om dess betydelse. I 18 fall uppges effekter som kan ha positiv inverkan på arbetstillfredsställelse och den psykosociala delen av arbetsmiljön. Det handlar bl.a. om faktorer som egen ökad säkerhet och minskad stress, bättre kommunikation med underställd personal.

Fördelningen av resultat till grupper relaterat bakgrundsfaktorer ger mindre skillnader men inte några markanta utslag eller trender. Det allmänna intrycket är att kursdeltagare med cheferfarenhet 10 år eller mer i högre grad har nytta av kunskaperna i ekonomi än de som har kortare cheferfarenhet, men det har inte kunnat säkerställas. Då gruppen kvinnor är så fåtalig har det inte varit meningsfullt att statistiskt bearbeta resultat relaterat kön.

Överställd personal har inte kunnat uttala sig om förändringar i chefsbeteende men de har i 14 fall märkt ökade kunskaper eller mer intresse för administrativa frågor hos kursdeltagare efter FAL-kursen. Underställd personal har i sammanlagt 16 fall kunnat iaktta förändringar hos sin chef enligt följande:

Ökad kunskap/intresse för ekonomi och administration hos 15 deltagare.
Förändringar i chefsbeteende i 12 fall.

Kursdeltagarnas och den underställda personalens utsagor stämmer inte helt. I två fall anser personalen att chefen blivit "bättre" chef, medan denne inte anser att han förändrats eller haft utbyte av undervisningen om chefsrollen. I sju andra fall har kursdeltagaren upplevt någon grad av förändring, men det har inte vidimerats av den underställda personalen.

Här slutar redovisningen av de data som insamlats i studien om FAL-projektet och beträffande den FAL-kurs som intensivstuderats och utvärderats. Utöver dessa data, som samlats systematiskt, fick jag i intervjuer med överställd personal "icke förväntade effekter". Det ligger något vid sidan om utvärderingen av den här aktuella FAL-kursen, men det ingår i dess bakgrund och i studien kring FAL-projektet utifrån en helhetssyn och kan ha en viss betydelse vid tolkningen av undersökningsresultaten sammantaget. Jag låter därför detta ingå som ett delresultat och redovisar dem nedan i 13.4.6.

13.4.6. Sjukhusdirektörers m.fl. erfarenheter allmänt av FAL.

I intervjuer med sjukhusdirektörer och annan överställd personal om eventuella effekter som resultat efter FAL-kursen, tog de spontant upp sina tidigare erfarenheter beträffande effekter efter FAL-kurser och mål för dessa. Detsamma gjorde (9 av 12) klinikchefer respektive chefsläkare, som själva hade genomgått utbildningen något eller några år tidigare.

Chefsläkare och klinikchefer som deltagit i tidigare FAL-kurser ansåg att det varit värdefullt. Deras erfarenheter och bedömning hade stor likhet med de resultat som min utvärdering gett. Värdefullt hade det visat sig vara med de informella kontakterna, med erfarenhetsutbytet och att det "slogs broar" mellan primärvård och slutenvård på detta sätt. Det gavs också exempel på hur man med kunskaper från FAL kunnat åstadkomma kostnadsbesparingar och ökad effektivitet.

Sjukhusdirektörernas övergripande uppfattning om FAL ger i stort ett posi-

tivt utslag. De framhåller att resultaten är ojämna. Man måste tala om grader. Alla, som gått FAL-kurs, syns inte märkbart förändrade, men de antas ha fått faktakunskaper som är till nytta. Det finns en del läkare som är negativa. De ser FAL som arbetsgivarens sätt att "få över läkarna på sin sida". Erfarenhet finns också av läkare som helt ändrat attityd efter FAL-kursen. Från att tidigare ha varit emot allting, har de blivit helt annorlunda och mer positiva i sin attityd till administrationen.

I övervägande antalet fall har utbildningen haft en positiv effekt sett ur arbetsgivarens synvinkel. Allmänt upplevs en förändring i språkklimat, vilket förstärkts med tiden. Det finns numera en positiv anda i diskussionerna, som inte fanns förr. Det finns en insikt och ett engagemang hos läkarna som bidrar till utveckling av konstruktiva lösningar. Förändringarna ser dessa intervjupersoner som ett resultat av FAL.

Noter.

1. Kostnaden i kronor beräknades uppgå till i snitt cirka 24 000—26 000 kronor per deltagare inklusive deras lönekostnader under kursen.
2. Nackdelen bestod i att den planering som genomfördes i tillämpningsuppgiften skulle medföra ändrade arbetsschema för en del personal, vilket några av dem var missnöjda med.

Kapitel 14. Sammanfattande diskussion och förslag till vidare forskning.

Diskussionen kring de resultat, som min undersökning lett till, samlas här kring de 5 delfrågor, vilka problemet specificerades till i kapitel 2:

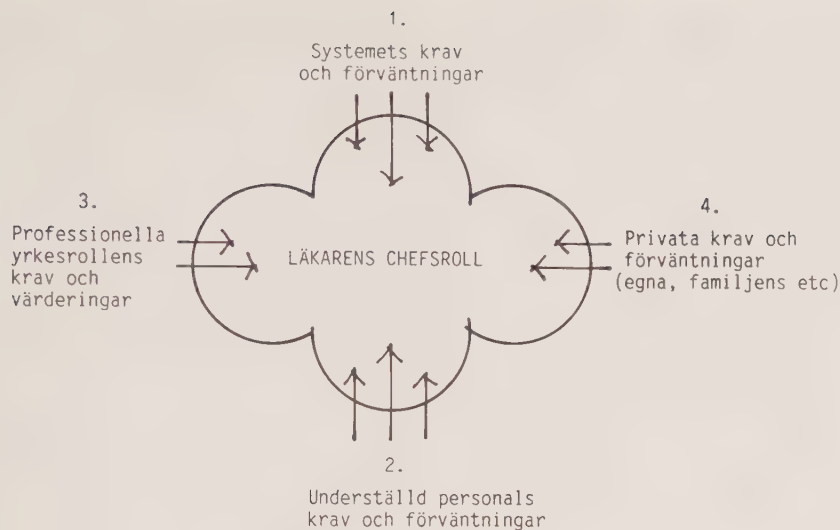
- 1) Hur har det kunskapsbehov uppstått och formulerats som avses täckas med FAL-utbildningen?
- 2) Hur har FAL-projektet växt fram och utvecklats?
- 3) Vilken struktur och funktion har FAL-utbildningen?
- 4) Vilka resultat/effekter ger utbildningen?
- 5) Hur kan man förklara strukturen, funktionen och utfallet i relation till intentionerna?

Det är svårt att dra några skarpa gränser, då diskussionen ofta tangerar mer än en delfråga samtidigt.

14.1. Hur har det kunskapsbehov uppstått och formulerats som avses täckas med FAL-utbildningen?

Kunskapsbehoven, som här avses, hänger direkt samman med läkarens roll och uppgifter som chef. I kapitel 3 och 4 har jag försökt ge en beskrivning i stort av sjukvårdens utveckling under senare tid samt vissa författningsändringar som berört läkarens chefsfunktion. Mot bakgrund av de förändringar som skett inom hälso- och sjukvården efter andra världskriget inser man strax att det under denna period successivt måste ha skett en väsentlig förändring i läkarens chefsroll. Låt oss då först diskutera läkarens chefsroll. Jag vill betona, att jag ser den från ett utifrånperspektiv och att mer forskning skulle behövas för att analysera och bättre belysa dess olika sidor.

Principiellt torde läkarens chefsroll ha samma funktion som chefskap inom många andra yrkesområden. Men den kan givetvis vara specifik med individuella och situationsbetingade särdrag för varje enskild läkare, beroende exempelvis på i vilken utsträckning läkaren har eget patientarbete, ansvarsområdets omfattning, antal underställd personal etc. Generellt ser jag att kraven och förväntningarna på läkaren som chef kan sorteras till fyra kategorier, av vilka en del i många stycken kan stå i konflikt med varandra. I figur 14:1 illustreras de enligt följande:



Figur 14:1. Krav och förväntningar på läkaren som chef.

- 1) Systemets krav och förväntningar.
- 2) Den underställda personalgruppens krav och förväntningar.
- 3) "Privata" krav, förväntningar och önskemål (egna, familjens etc).
- 4) Den professionella yrkesrollens krav.

Systemets förväntningar och krav kan här tolkas som huvudmannens krav utifrån de legala och avtalsbundna bestämmelser som finns för hälso- och sjukvårdssystemet samt den politiska och administrativa styrprocessen. Den nya hälso- och sjukvårdslagen (1982) är en ramlag med övergripande mål. Det innebär inte att regler och normer, som tidigare utvecklats inom sjukvården, raderas bort och förändringar kan ske hur som helst. Utrymme ges för prioriteringar och organisationsförändringar etc. som landstingens (eller kommun utanför landsting) politiker beslutar. Samhället kräver en god och lättillgänglig sjukvård samtidigt som den ska rymmas inom snäva ekonomiska ramar. Samhälls ekonomin tenderar att bli allt kärvare och kraven på medicinsk effektivisering och optimalt resursutnyttjande ökar på läkaren. Grunden för det är en bra planering och rationell arbetsorganisation samt ett chefskap som leder till personalutveckling och ökat lärande inom organisationen. Krav finns på samarbete med andra system, exempelvis med primärkommunernas socialtjänst. För att kunna svara mot alla dessa krav behöver läkaren vissa administrativa kunskaper, bl.a. ekonomi, samt överblick över sammanhang och samspel.

Till systemnivån kan också föras organisationens krav på läkaren som chef och arbetsgivarens förlängda arm. Däri ingår skyldigheter avseende personalen och arbetsmiljön enligt lagar och avtal samt av arbetsgivaren uttalade personal-

politiska riktlinjer. Organisationen förväntar också att cheferna inom sjukvården ska samarbeta med övriga delsystem för att verksamheten totalt ska fungera optimalt och väloljat; utifrån de riktlinjer, intentioner och prioriteringar som förtroendevalda beslutar och som patienterna förväntar. Man kan med Johnsen & Hedegaards (1974) termer tala om att den fysiska strömmen operativt och taktiskt ska flyta under optimalt resursutnyttjande, samtidigt som psykiska och sociala strömmar samt faktorer i övrigt ska medge en god arbetsmiljö och arbetstillfredsställelse för de anställda. Strategiskt handlar det om att planera och utveckla verksamheten. För att svara mot dessa krav behövs kunskaper om gällande lagar och avtal, chefsrollens betydelse, vikten av planering o.d.

Mellan de två huvudparterna arbetsgivare och underställd personal har chefer/arbetsledare alltid en mellanställning, så även läkaren/chefen. Den underställda personalgruppens krav och förväntningar på chefen är dels av facklig art, dels socialpsykologiska. Arbetet har stor betydelse för individens självkänsla och identitet och fyller vissa behov av trygghet. Men det räcker inte med att ha ett arbete, en inkomst, en trygg anställning. Behovet av trygghet är i hög grad kopplat till arbetsmiljön i vid bemärkelse, såväl en fysiskt någorlunda riskfri arbetsplats som en psykosocialt tillfredsställande och stimulerande arbetsmiljö. Arbetsmiljöns och arbetsledningens betydelse ur psykisk och social synvinkel har diskuterats under de senaste decennierna. Forskare, t.ex. Dahlström (1970), Gardell (1971, 1976, 1979), Lennerlöf (1976, 1981), Levi (1976) m fl, har dokumenterat detta. Viktiga faktorer är

- 1) att känna att man behärskar sina arbetsuppgifter,
- 2) att ha eller få kunskaper som ger säkerhet i utövandet av arbetsuppgifterna och därmed möjlighet till utveckling och att göra ett bra jobb,
- 3) att ha möjlighet att påverka sin arbetssituation, bl.a. arbetets uppläggning, samt att
- 4) få information och ha kommunikation med chef och arbetskamrater.

Individens rätt att få information och påverka sin arbetssituation har manifesterats i den arbetsrättsliga lagstiftningen. I dessa sammanhang fokuseras mot ledarskapet. Keisu-Lennerlöf (1985) fann i samband med utbildning av skyddsombud att dessa i vissa fall sett chefen som arbetsmiljöproblem. Det kan tolkas som att chefens beteende uppfattats som problem för underställd personal. Personalen förväntar att chefen ska organisera och fungera så att de, förutom en bra arbetsmiljö i övrigt, kan få utbyte av sitt arbete genom individuell utveckling och arbetstillfredsställelse. Dessa krav är huvudsakligen av kvalitativ karaktär.

Liksom andra anställda torde läkaren/chefen ha "privata" förväntningar och krav på sitt arbete. En stor del av dessa är troligen kvalitativa och av samma slag som personalgruppens. Påståendena under 1—4 ovan gäller även för chefer. Bradley (1979), Lennerlöf (1981) och Keisu-Lennerlöf (1981) m. fl. påpekar att även chefer kan ha en arbetssituation som är psykosocialt påfrestande och

framkallar stress. Det är troligt att läkaren/chefen kan känna både stress och irritation över "pappersarbetet" om detta inte är "tillgängligt" p.g.a. otillräckliga administrativa kunskaper. Även läkaren/chefen behöver känna trygghet i sin chefsroll genom känslan av att behärska också de administrativa och ledande uppgifterna.

För läkaren/chefen tillkommer så de krav och förväntningar som är förknippade med den professionella yrkesrollen. De flesta läkare i chefsställning fortsätter att utöva läkekonsten, d.v.s. de kombinerar det administrativa ansvaret och uppgifterna med det medicinska arbetet. I kapitel 9 har jag diskuterat motsättningar i värderingar mellan profession och administration, den professionelles behov av autonomi i yrkesutövningen m.m. Den här undersökningens inriktning har inneburit att den varit otillräcklig för att tillfredsställande belysa hur detta spelar in i läkarens chefsroll.

Emellertid antar jag att intrapersonella konfliktsituationer kan uppstå, när läkaren åtar sig rollen som chef, m.h.t. den professionella yrkesrollen och mångårig inskolning i denna. Med hänvisning till den teori om domäner, som jag diskuterat, kan anställningen på chefsbefattning innebära ett steg över från en domän till en annan samtidigt som ena foten finns kvar i den gamla. Den konflikt som sålunda finns inbyggd mellan olika domäner i systemet kommer då att avspeglas hos individen i dennes chefsroll. Detta kan då upplevas som lojalitetskonflikter, korstryck eller liknande. Det kan också ses som att individen blir bärare av den konflikt som ligger latent i systemet. Fråga uppstår om FAL-kursen också ger kunskaper som hjälper läkaren att hantera sådana mer eller mindre tydliga konfliktsituationer i arbetet som chef.

Med alla de här nämnda kraven på läkaren som chef inser man klart, att det krävs utbildning för att kunna behärska de administrativa och ledande uppgifterna. Läkarens chefsroll har förändrats som en följd av utvecklingen. Det är inte bara den medicinska och medicinskt-tekniska utvecklingen inom sjukvården och dess kvantitativa utbyggnad, utan också annan utveckling som fortlöpande sker i omvärlden, bl.a. sådant som sätter sin prägel på organisationen, exempelvis administrativa tekniker, innovation av data- och kommunikationssystem. Därtill kommer ändrade värderingar i arbetslivet och samhället i övrigt med nya lagar på arbetsmarknaden etc. Det är förändringar som skett successivt. Men redan på 1950-talet konstaterade läkarna själva, utredare och politiker att för ledningen av sjukhus (och delar av sjukhus) krävdes kunskaper i ekonomi och administration. Medvetenheten om behoven av nya kunskaper ökade hos läkarna mer påtagligt under 1960-talet, då de pålades fler och fler administrativa uppgifter samt ett ekonomiskt ansvar, som tidigare inte uttalats i klartext. Frågan drevs av Sveriges Läkarförbund, som ställde krav på huvudmännen, Landstingsförbundet och Kommunförbundet, att dessa skulle göra det möjligt för läkarna att få erforderlig administrativ utbildning. För läkarna var detta också en kärpolitisk fråga.

14.2. Hur har FAL-projektet växt fram och utvecklats?

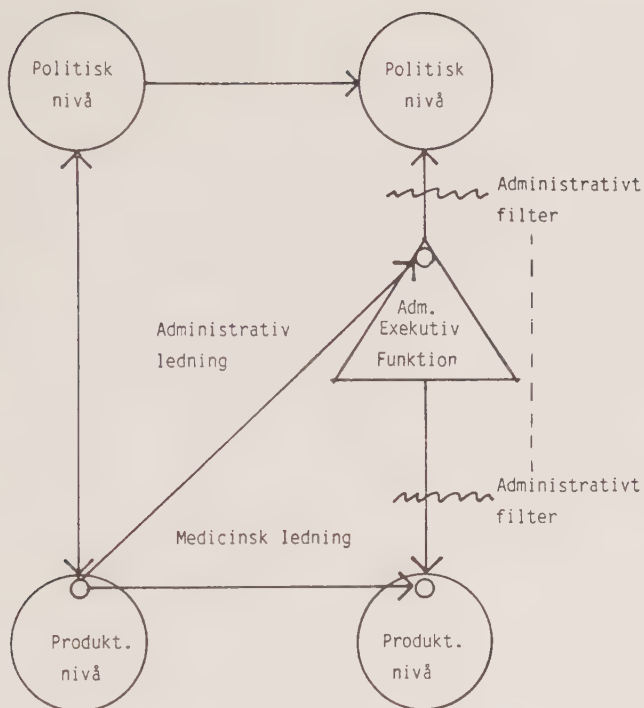
Så här efteråt kan man fråga sig varför det dröjde så relativt lång tid innan läkarnas behov av administrativ utbildning kunde tillgodoses. Sjukvårdssakkunniga diskuterade sjukhusens ledning under 1950-talet med hänvisning till att ledningen av de då växande verksamheterna "svårligen inte kunde skötas utan kunskaper i ekonomi och vid sidan om sjukvårdsarbetet" (jfr Rahm 1975, s.76). Helst ville man ha personer med både medicinsk och administrativ utbildning, men sådana var det ont om. Läkarnas organisationer anordnade vissa konferenser, men dessa var otillräckliga. Arbetsgivarna syns inte ha gjort något motsvarande förrän i slutet av 1960-talet, trots att ansvariga var medvetna om att läkarna hade ett utbildningsbehov av stor vikt för både organisationen och samhället!

I stället löste man bristen på administrativt kunniga läkare genom att anställa icke-medicinska chefer med utbildning i ekonomi o.d. för sjukhusens administrativa ledning. Den administrativa påbyggnaden växte till en separat hierarki skild från vårdarbetet. Det innebar en starkare administrativt exekutiv organisation och att en ny nivå uppstod som mellanskikt mellan politiker/beslutare och läkare/sjukvårdsproducenter. Förändringen har skisserats i figur 14:2. Med ett rationalistiskt språkbruk kan det som här kallas politisk nivå sägas vara huvudmannanivån medan mellannivån kan benämnas administrativ exekutivfunktion.

Uppgifter för den administrativa hierarkin var dels att förse politikerna med rapporter och underlag för beslut, dels administrativt leda verksamheten och ge den administrativa service som behövdes för denna.

Administratörerna såg vården uppifrån — eller utifrån — i ett administrativt perspektiv. Byråkratiseringen och det administrativa språket kan då liknas vid ett filter som verkar fjärmande mellan vårdproduktionen och beslutsfattarna. Jag har i diskussionen om teoretiska perspektiv visat på hur fenomen ter sig olika beroende på utgångspunkter. Kouzes & Mico (1979) erinrar i detta sammanhang om den s.k. "Rashomon effect" (jfr Schön, 1971) som innebär att en händelse, när den beskrivs av i denna involverade personer, kan bli till helt olika berättelser. Tendensen är att individer iakttar och samlar information enligt de behov de har för sina respektive roller. I processen sker detta oftast selektivt, varvid information från andra källor medvetet eller omedvetet kan ignoreras eller undervärderas. Kouzes & Mico ser detta som ett fundamentalt förhållande inom den här aktuella typen av organisationer.

Administratörerna översatte politikernas vilja till ett administrativt och byråkratiskt språk, som läkarna ofta hade svårt att förstå, då de var främmande för tankegångarna. Det administrativa perspektivet lyfte fram fenomen, detaljer etc, som i och för sig var rationella och viktiga ur administrativ synpunkt, men för vårdpersonalen upplevdes de mindre viktiga, ibland helt onödiga. Det



Figur 14:2. Ändring i ledningsstruktur vid uppdelning i en administrativ och en medicinsk hierarki inom sjukvården.

administrativa systemet förde med sig en viss pappersexercis. Det krävdes statistikuppgifter och rapporter; enkäter, blanketter o.d. skulle fyllas i och skickas vidare. Sjukvårdspersonal hade andra värderingar och annan uppfattning om vad som var viktigt och såg de administrativa uppgifterna som en onödig arbetsbelastning. Många gånger förstod de inte frågorna eller "vad det ska vara bra för".

Bristerna inom sjukvården och de alltmer stigande sjukvårdskostnaderna påtalades, bl.a. i massmedia, och det pockades på åtgärder. Svaret blev rationaliseringar, organisatoriska förändringar och översyn av metoder. Det genomfördes ofta efter modeller och med metoder som hämtades från industriell produktion (ex. metod/tid/mätning). I organisationsarbetet begicks misstaget att jämnställa sjukvårdsarbetet med annan produktion av varor och service. Det fanns för liten förståelse för vårdarbetets särart och togs för liten hänsyn till de psykiska/emotionella påfrestningar som vårdpersonalen möter i sitt arbete. Jag går inte närmare in på det, utan hänvisar till exempelvis Svalander (1979), som belyst detta i en avhandling om att förändra sjukvårdens organisation.

Nämnas bör emellertid att Svalanders antaganden styrks av Maslach's (1985) forskning om utbränning, ett syndrom med emotionell utmattning till följd av arbetsstress. Maslach ger flera exempel på hur sjukvårdspersonal har drabbats av detta till följd av arbetets påfrestningar.

Det har berättats om motsättningar och brister i samarbetet med läkarna vid genomförandet av de nämnda åtgärderna. Man uppfattade att läkarna var ointresserade av och okunniga om de administrativa sammanhangen samt att de inte ville släppa ifrån sig av sin medicinska kunskap. Det tolkades som om läkarna var emot förändringar. Skulle då läkarna vara emot förändringar som kunde medföra en förbättring av sjukvården? Svaret måste bli nej. Det är rimligt anta att läkarna känner ett stort ansvar för sitt verksamhetsområde. Till detta infördes rutiner och ställdes krav, som de upplevde onödiga och hindrande i den för dem väsentliga uppgiften, att bota patienter. Sett ur det perspektivet blir motståndreaktionerna naturliga. Språk och värderingar var åtskilda och parterna förstod inte varandra.

Man får inte heller bortse från de psykologiska faktorerna. Förändringarna i organisationen medförde att andra yrkesgrupper gjorde inbrytningar på området, där läkarna tidigare varit helt dominerande. Även om det av värderings- eller normskäl inte borde finnas motsättningar, är det naturligt att konflikter uppstår, när en ny part inkräktar på ett revir, där en annan tidigare härskat. Det är naturligt anta, att det också rörde sig om en form av maktkamp. Ökad administrativ kontroll medför minskade möjligheter till autonomi i professionell yrkesutövning (jfr Berg, 1981). För läkarnas del gällde det att värna om sin tidigare närmast obegränsade autonomi i det medicinska arbetet, men också — liksom andra yrkesgrupper på arbetsmarknaden — sina arbetsförhållanden och förmåner. Det kan antas att andra parter ansåg, att läkarna hade för stor makt och upplevde det som ett hinder. Exempelvis administratörer som mötte motstånd, när de ville införa nya rutiner, och politikerna som var beslutande och styrande, men beroende av läkarnas medicinska sakkunskap och erfarenhet. Politikerna, tidigare inte särskilt aktiva vad gällde att följa upp besluten i verksamheten, stärkte greppet med heltidsanställda förtroendemän i landstingen. Därmed ökade det politiska inflytandet inom verksamhetsområdet.

Där fanns alltså tre parter, som skulle kommunicera och samarbeta för att utveckla sjukvården. Den teoretiska diskussion jag fört om domäner i kapitel 9 blir då tillämplig. Vi kan se, att det i själva systemet finns inbyggt en grund för missförstånd och konflikter beroende på skillnader i arbetssätt, språk, värderingar och normer. (Se kapitel 9, figur 9:2). Kan dessa motsättningar elimineras eller förebyggas genom fortbildning i administration för läkarna?

Kontakt 3-kurserna, de 5-dagars seminarier för läkare med medverkan av politiker och administratörer, vilka startade 1968, blev början till en mer organiserad kommunikation mellan de tre domänerna. Diskussionerna i dessa aktiviteter uppges ha varit fruktbarande och konstruktiva. Samtidigt bidrog de till ökad

medvetenhet hos läkarna om behovet av kunskaper i ekonomi m.fl. administrativa ämnen.

När jag påstår att läkarna krävde utbildning för att de ställdes inför arbetskrav, som de inte fått utbildning för, ska därmed inte förstås att alla läkare var intresserade av detta. Det var läkarnas fackliga företrädare, styrelsen i Sveriges Läkarförbund och underföreningar, som drev dessa frågor, bl.a. yngre läkare i SYLF, Sveriges Yngre Läkares Förening. Många läkare var fortfarande ointresserade, en del var t.o.m. emot administrativa kurser för läkare. Det kan antas att det var de professionella värderingarna som spelade in. Där fanns också administratörer som var emot administrativa kurser för läkare. Deras ovilja kan delvis ha berott på någon rädsla att läkarna därigenom skulle få alltför stort inflytande på administrativa områden, som de själva nu hade inmutat. Det kan också vara så att administratörerna inte hittat sina egna roller inom sjukvården och fortfarande kände osäkerhet inför läkarna.

Det fanns alltså många strömningar för och emot kurser i administration för läkare. Hos vissa personer och grupper fanns ett motstånd mot att läkarna skulle få gå sådana kurser separat. Det uppfattades som högfärd att läkarna inte ville sätta sig på skolbänken tillsammans med annan personal. Detta kan tänkas sammanhånga med en image, som tilldelats läkarna (ex. särskild matsal etc) och som hängde kvar. Vad man då glömde var, att bakom den image av auktoritet, som läkaren skolats till i patientarbetet, fanns en helt vanlig människa som t.ex. kunde vara rädd att "göra bort sig". Det administrativa språket, begreppen etc. var främmande. De andra grupperna hade redan administrativ utbildning och skillnaden i förkunskaper antogs bli ett hinder. Diskussioner skulle då inte kunna föras på jämställd nivå och med samma språk. Förespråkarna för separata grundkurser förutsåg att missförstånd och låsningar kunde bli följderna, om inte läkarna också hade en grund av administrativa kunskaper att utgå ifrån.

Kontakt 3-seminarierna och kurser i produktionsplanering för läkare utgick från arbetsgivarens/samhällets och organisationens behov av rationalisering och effektivisering av ekonomiska skäl. Under kurserna i rationalisering för administratörer och produktionsplanering för läkare, blev man inom fortbildningssektionen medveten om de myter och föreställningar, som fanns hos de olika grupperna, samt strömmar för och emot en utbildning i administration för läkarna. Erfarenheterna gav också medvetenhet om, att den utbildning man erbjöd läkarna inte tog hänsyn till deras arbetsvillkor och de speciella förhållanden, som fanns i vården och det medicinska arbetet. Utbildningen utgick från administratörernas perspektiv. Fortbildningssektionen argumenterade för en annan utbildning åt läkarna men deras äskanden om medel för sådan utbildning bemöttes länge kallt i budgetbesluten. Det skulle dröja ända till 1975 innan FAL-projektet beslutades och ytterligare ett och ett halvt år innan utbildningen kunde starta.

En av flera sammanfallande orsaker, som bidrog till att det dröjde lång tid innan den begärda utbildningen kom till, kan vara bristen på läkare. De som fanns behövdes i vårdproduktionen. Det kan ha varit en prioriteringsfråga, då läkarna också behövde delta i kurser för att följa den medicinska utvecklingen. En trolig orsak är också att politiker och administrativt ansvariga helt enkelt inte förstod läkarnas dilemma och deras behov av administrativa kunskaper.

Frågan är om FAL-utbildningen kommit till stånd med det innehåll och de riktlinjer som finns för utbildningen, om inte ledningsgruppen och projektledaren arbetat med den diplomati, grundlighet och harmonisyn som skedde. De var väl medvetna om de spänningar som fanns mellan sjukvårdens olika delsystem, mellan skilda personalkategorier och mellan olika aktörer. Konsekvent valde de därför att arbeta utifrån en systemteoretisk harmonisyn. Ändamålet var att utbilda chefer i en komplex organisation med många ingående delsystem, vilka är beroende av varandra och av omvärlden. De såg läkarna i chefsställning som nyckelpersoner, vilka kunde bromsa eller bidra till att verksamheten utvecklas och bedrivs enligt huvudmannens krav och intentioner.

I kapitlen 4 och 5 har jag beskrivit hur projektet växte fram och hur utbildningsplaneringen gick till. Vi kan där se hur projektledningens strategi gick ut på en bred förankring av idéer samtidigt som man lyssnade in de skilda intressenternas åsikter och krav. I kapitel 6 beskrivs hur FAL decentraliserats och genomförs regionvis. En central planeringsgrupp har upphört, men uppföljning av FAL-utbildningen sker årligen vid konferenser med utbildningsledare och rapportering till landstingsförbundet. Andra utbildningar, som s.a.s. kompletterar FAL, har tillkommit och FAL-utbildningen kan nu ses som ingående i ett system av kurser (se bilaga 16).

14.3. Vilken struktur och funktion har FAL-utbildningen?

FAL-utbildningens tänkta funktion är direkt relaterad till läkarens roll och de föreställningar som fanns om framtida utveckling inom samhället och sjukvården samt utifrån den kravanalys, som genomfördes under utbildningsplaneringen. Kraven på läkarens/chefens funktion/uppgifter sorterades i analysarbetet som beskrivits, så att kunskapsbehoven kunde relateras till olika inlärningsnivåer, exempelvis om läkaren skulle utföra arbetsuppgifterna själv och därför måste få en djupare kunskapsnivå eller om det räckte med att vara orienterad. Undervisningens funktion blev då att förmedla erforderliga baskunskaper i en utsträckning och på sådant sätt att inläring av dessa kunde ske, så att läkaren i arbetssituationen skulle kunna identifiera och lösa uppkommande administrativa problem.

Föreställningar om att läkarna i stor utsträckning inte var intresserade av sina administrativa uppgifter eller av att ta initiativ till och driva förändringsarbete, blev grund för beslut om att arrangera utbildningen så att en attitydpåverkan i dessa avseenden blev möjlig. FAL skulle ge läkarna kunskaper så att de blev motiverade och kunniga för att medverka till balans i systemet. De skulle med ökade administrativa kunskaper kunna motverka konflikter, bidra till konstruktiva lösningar på uppkommande problem och svara för rationellt och effektivt resursutnyttjande. De skulle också utvecklas för ledarskapet. Inom sjukvården dominerade av tradition ett auktoritärt ledarskap. Läkarna ansågs i hög grad produktionsinriktade och mindre medvetna om sin betydelse som chef i relation till underställd personal. Projektledningen såg därför nödvändigheten av att förmedla även kunskaper som sammanhänger med den socialpsykologiska och personaladministrativa funktionen i ledarskapet.

För att kunna uppnå en sålunda önskad attitydpåverkan i FAL-kurserna blev utbildningsformen viktig. Förläggning i återkommande internat sågs som en bidragande faktor för att uppnå dessa mål. Likaså blev valet av pedagogiska metoder en blandning av traditionell katedral undervisning och gruppdynamiska metoder. Medelst praktiska tillämpningsuppgifter skulle utbildningen anknyta till och vara av nytta för den egna verksamheten. Kopplingen till den egna arbetsplatsen skulle öka motivationen och kursdeltagarna skulle inse beroendet mellan medicinska uppgifter och administrativa processer så att konstlade gränser inte dras mellan den medicinska och administrativa delen i chefsfunktionen.

Detta har beskrivits i kapitlen 4 och 5 om FAL:s historia. Som nämnts däri har en viss målförskjutning ägt rum sedan starten — eller rättare sagt en målutveckling — så att FAL mer tydligt kan ses som en del i ett system av kurser och aktiviteter för att utveckla ledningen av hälso- och sjukvården i dess olika delar. Av resultaten från min undersökning kan man se att FAL inom flertalet sjukvårdsområden utgör ett led i utvecklingen av klinikledningarna genom att utbilda och utveckla ledningsteam med klinikchef, klinikföreståndare, avdelningsföreståndare etc. FAL:s funktion i detta sammanhang är att ge läkarna en grund för fortsatt administrativ träning tillsammans med annan personal.

14.4. Vilka resultat/effekter ger utbildningen?

Vilka resultat ger FAL-utbildningen i praktiken? I diskussion om utvärdering av personalutbildning uppkommer ofta frågan mot vems mål utvärderingen ska relateras. I dessa sammanhang har uttalats att kursdeltagarnas mål bör beaktas. I undersökningen om kursdeltagarnas mål för att delta i kursen och kursledningens respektive övriga medverkandes uppfattning om målen för utbildningen visade det sig att skillnader fanns mellan dessa. Jag ser inga motsättning-

ar i skillnaderna, endast att huvudmannens/ledningens mål är vidare och mer långsiktiga än kursdeltagarnas.

De långsiktiga målen är av en typ som innebär riktning mot något. Det avser utveckling och förändring inom hälso- och sjukvården i stort och medicinsk effektivisering (vilket jag förenklat översatt till effektivare resursanvändning eller något av "mer och bättre sjukvård för pengarna"). Måluppnående i dessa avseenden är svårt att mäta. Närmast omöjligt torde det också vara att koppla viss utveckling till FAL-kurserna med undantag av de projekt som genomförts via tillämpningsuppgifter i anslutning till kursen. Inte ens i dessa fall kan man påstå att förändringen orsakats till följd av FAL-kursen. Den kan ha kommit till ändå beroende av tvingande situationsfaktorer, men lösningen kan ha blivit bättre till följd av att planeringen genomfördes inom FAL-kursens ram.

De frågor, som kursdeltagare, ledning och lärare i den studerade FAL-kursen ville ha svar på, var om undervisningen gett en kunskapsresurs som var till nytta i arbetet, och om effekter kunnat märkas i arbetssituationen. T.ex. "gör kliniken ett bättre jobb?" eller "har X blivit en 'bättre chef'?" Det är konkreta frågor som hänger nära samman med de mellanliggande målen. Det är också kärnan i de mål som allmänt uttalats för FAL. Därtill kommer de mål som gäller attitydpåverkan för att hos läkarna skapa förändringsvilja och ökat intresse för administrativa och ledande uppgifter. Utfallet blev i dessa avseenden mer eller mindre positivt.

Ett näraliggande mål är att kursdeltagarna är positiva till kursen och att inläring skett. Att dessa mål uppnåtts i stor utsträckning kunde avläsas i deltagarnas kursvärdering samt genom attitydundersökningen, som jag genomförde strax efter kursen. Resultaten är samstämmiga. I undersökningen ett år efteråt gavs kommentarer, som också visar konstans i svaren.

Samtliga 25 kursdeltagare var klart positiva till kursens teoridel. Deltagarna uppger att inläring har skett. Det sägs att man fått nya kunskaper inom området, som man inte kände till förut, fått bred allmänbildning, bred information etc och att kunskaperna upplevs nyttiga. Behållningen av kursen varierar, men det är naturligt, då individförutsättningar, tidigare kunskaper och erfarenheter samt nuvarande arbetsuppgifter etc. är olika. Synpunkter framfördes kring enskilda inslag. Sådan kurskritik fyller kursledningens behov av att få bättre kännedom om hur just den här målgruppen uppfattar undervisningen för att framdeles ytterligare effektivisera utbildningen.

De observationer och bedömningar jag gjorde under kursen sammanföll i stort med kursdeltagarnas. Som administratör kunde jag i vissa fall ha bedömt en lektion som utmärkt och engagerande, därför att jag mött dessa problem i mitt arbete och hade en administrativ referensram. Men om jag varit läkare, kanske jag sett problemen ur en annan synvinkel och då hade det varit mindre intressant. Jag kunde också iaktta, att om föreläsaren utgick ifrån läkarens situation och teorin/föreläsningen utvecklades därifrån, märktes ett mera spän-

intresse hos eleverna. Det stämmer med kursledares erfarenheter från FAL:s ”barndom”, att ”budskapen gick bättre hem” när läkare föreläste. Egna erfarenheter av målgruppens arbetssituationer och problem ger större möjlighet för föreläsaren att anpassa sitt stoff till mottagarnas behov av kunskap. Det är viktigt också att lägga undervisningen på rätt nivå. Om gruppen känner sig underskattad och föreläsarens attityd uppfattas på sätt som gör att kontakten störs, får det negativ effekt. Undervisningen upplevs då som slöseri med tid, och ämnet känns mindre angeläget och inte intressant.

Negativa synpunkter gavs i kursvärderingen för enstaka inslag i kursen. Framhållas bör dock att kritiska synpunkter var nyanserade och endast gällde enstaka inslag i den här kursen, men givetvis kan sådant få en spridningseffekt och påverka attityderna till utbildningen i dess helhet.

Resultaten av utbildningen måste ses i relation till de ramar som fanns för kursen. Vad gäller tid, är ramen för teoriundervisningen 3 veckor med effektiv undervisningstid tillhopa 105 timmar. Raster och fritid i övrigt utnyttjades till diskussioner och erfarenhetsutbyte mellan kolleger eller för samtal med föreläsare/resurspersoner. Just detta har framhållits som särskilt värdefullt. En hel del material fanns också att läsa in. Varför ville man då att kursen skulle avkortas och komprimeras?

Det är rimligt anta att vissa ämnen uppfattats mindre angelägna, varför man ansåg att kortare föreläsningstid kunnat avsättas för dessa. En annan orsak kan vara att deltagarna i sin dagliga arbetssituation oftast har ett pressat tidsschema med inbokade patientbesök och annat, med hög arbetstakt och relativt korta raster. Jämfört därmed kunde tempot i kursen uppfattas lågt med avbrott varje eller varannan timme för rast. Om man inte heller är van att sitta still och få odelat ägna sig åt en uppgift ostörd under arbetstid, är kursklimatet ovant. Ett par deltagare nämnde, att de kände sig ”onyttiga” av detta skäl. Upplevelsen av svårigheter med att vara borta från arbetsplatsen under tre hela arbetsveckor kan också ha betydelse.

ATU-skalan för den praktiska tillämpningsuppgiften avslöjade att ett par deltagare hade en negativ attityd till denna. Det är en kontrast till den positiva attityd, som flera gett uttryck för i det de sett just denna del som det bästa i kursen. Av svaren i enkäten framgår att den negativa inställningen berodde på missnöje med val av uppgift och resultaten av den. Kommentaren ”men hann inte göra något annat” tyder på otillräcklig förberedelse för kursen. Andra har uppgett att de som tillämpningsuppgift utfört uppgifter som redan påbörjats och skulle ha genomförts ändå. De har inte haft nytta av den teoretiska undervisningen för fullgörande av uppgiften. Att i dessa fall tala om tillämpning är alltså överdrivet. Man måste då fråga sig om vederbörandes överordnade visat tillräckligt intresse och gett erforderligt stöd för sina anställda läkares utbildning i FAL-kursen.

Enkätsvaren tyder på att de flesta upplevt tidsbrist. Tidsbristen måste ses som

en faktor med negativ inverkan på resultaten. Under uppehållen mellan internaten, i detta fall 5 veckor, skulle kursdeltagarna dels idka självstudier genom inläsning av viss litteratur, dels genomföra en praktisk tillämpningsuppgift med utredningsansats. Frånvaron av ledig tid eller avlastning i arbetssituationen för detta har nämnts. Att under sådana förhållanden klara både det löpande arbetet, som ökat genom frånvaron för kurs, och studierna måste ha inneburit en extra påfrestning. Det förefaller som om flertalet läkare i den här FAL-kursen i stor utsträckning fått använda fritid och sena kvällar för hemuppgifterna. Tyvärr har jag förbisett att fråga kursdeltagarna om de hunnit läsa in all litteratur. Vid fortsatt forskning kring FAL bör det vara ett fält att undersöka närmare.

För att ge bättre stöd till kursdeltagare med pressande chefsarbete eller motagningsarbete med patienter under full tid, borde någon tjänstefri tid eller annan avlastning beredas. En jämförelse kan här göras med skolledarutbildningen, som hade en likartad uppläggning. Där avsattes resurser för en sådan avlastning (jfr Hultman, 1981). I en annan FAL-region har under senare tid anslagits en eller ett par tjänstefria dagar för arbete med tillämpningsuppgiften. Detta bör beaktas av ledningen för de arbetsplatser, som skickar läkare till FAL-kurs. M.h.t. svårigheter för läkaren/chefen att vara borta från arbetsplatsen tre hela veckor under så relativt kort tidsperiod samt tidsknappheten för hemarbetet, vore det troligen en fördel att göra försök med fyra seminarieperioder och/eller längre tid mellan de senare internaten, om arbetsfri tid inte kan beredas för tillämpningsuppgiften. Det var förslag som läkarna ansåg vara bättre ur arbetsynpunkt.

Intervjuundersökningen ett år efter kursen gällde om effekter i termer av förändringar kunnat iakttagas i arbetssituationen, vilka kunde relateras till FAL-kursen. Svårigheten att mäta gjorde att jag avstod från att försöka skilja på små och stora förändringar. Som effekter har också noterats förändringar som gäller individen, exempelvis känslan av ökad säkerhet. Som nämnts i teoridiskussionen blir effekter i arbetssituationen efter genomgången utbildning beroende på samspel med omgivningen och befintligt handlingsutrymme. Individens ställning i organisationen och typen av arbetsuppgifter kan avgöra detta utrymme. Om FAL ska bli framgångsrik som medel för att åstadkomma förändringar i verksamheten krävs förutom den praktiska koppling mellan teori och praktik, som nu finns i FAL, också ett stöd från ledningen och utrymme för förändringar. När man skickar anställda till kurs, är det viktigt att arbetsgivaren och deltagaren i förväg diskuterar mål för utbildningen och användning av resultaten efter kurs (jfr Jerkedal, 1967).

Svårigheter att medelst personalutbildning åstadkomma förändringar i ett givet organisatoriskt system med reglerade ramar, belyser Wallin & Berg (1984) i en rapport gällande skolväsendet. Dylander & Olesen (1976) fann hinder, implementeringsbarriärer, som gjorde att kursdeltagare kunde ha svårt att omsätta sina kunskaper i verksamheten, exempelvis ramar, teknik, intressenter.

Hur vissa aktörer kan fungera som motkrafter i en önskad förändring inom sjukvårdsorganisationen redovisar Svalander (1979). Det har uttalats önskemål om organisationsutveckling mot en plattare organisation inom sjukvården (jfr SOU 1978:59). Landstingsförbundet menar att läkare i ledande ställning har ett avgörande inflytande på utveckling av arbetsorganisationen. Den detaljreglering, som tidigare fanns i lag och stadga för sjukvården, har upphört men fortfarande finns ramar och regler som verkar begränsande. T.ex. legitimationskrav och medicinskt ansvar, vilket kan innebära att en arbetsuppdelning eller ansvarfördelning kan vara svår att förändra i vissa avseenden m.h.t. gällande författningar.

Vid studie av förändringar inom sjukvården som eventuella effekter efter utbildning måste man komma ihåg, att det fortlöpande sker förändringar i vårdarbetet och även i sjukvårdsorganisationen. För närvarande finns en trend mot decentralisering, som också blivit påtaglig inom sjukvården. Den tekniska och medicinska utvecklingen medför förändringar. Politiska beslut, ökade eller minskade ekonomiska ramar, nya tekniska hjälpmedel, personalbrist etc, kan kräva ändrade rutiner, nya metoder, schemaförändringar, stängningar etc. Orsakerna till förändringar är många.

I intervjuundersökningen uppges att förändringar har genomförts i flera fall. Det är tveksamt att koppla de större förändringarna i sig till FAL-kursen. Sättet/lösningen för genomförandet kan vara påverkat av FAL-kursen, då det sägs i intervjuer att resultatet blev bättre tack vare FAL. Diskussionerna i kursen och möjligheterna att där få idéer och sakkunnig hjälp har lett till bättre lösningar. Omorganisationen initierades av befintliga behov. Det kan också vara så att idéer funnits tidigare och att kunskaperna från FAL-kursen bidragit till att förverkliga dessa (jfr Fredholm & Thor, 1984). Vissa förändringar i rutiner kan vara följden av ökade insikter och/eller praktiska tips i erfarenhetsutbytet under kursen.

De mest påtagliga effekterna är med få undantag knutna till kursdeltagarna själva och deras närmiljö, arbetsgrupperna, som i viss utsträckning uppger att de fått ett bättre arbetsklimat genom ökad information och bättre kommunikation med chefen. Flertalet kursdeltagare uppger att de genom kursen har fått en ökad säkerhet i chefsrollen och ökad självkänsla inför de administrativa uppgifterna. Andersson & Rengen (1979) fann liknande effekter efter arbetsledarutbildning vid Arendalsvarvet. Ökad säkerhet i arbetsledarrollen efter utbildning styrker också en undersökning av Persson & Wallroth, (1981) m.fl. utvärdering av arbetsledarutbildning.

Samtliga kursdeltagare säger sig ha fått individuellt utbyte av utbildningen genom ökad faktakunskap inom något eller några av de ämnesområden som ingick i undervisningen. Mest genomslag har undervisningen i ekonomi givit. 22 av de 25 har haft nytta av det i sitt arbete. En person tyckte att inslagen om ekonomi varit intressanta, men han hade inte nytta av det i praktiken m.h.t.

arbetsuppgifterna. Han räknade emellertid med att längre fram få mer konkret nytta av dessa kunskaper. 2 deltagare tyckte att det legat på en "för hög nivå" för deras användningsområde. De hade förväntat en annan typ av ekonomikunskaper i dessa avsnitt. De tyckte det varit för teoretiskt och önskade mer konkret om rutiner och praktisk handläggning. Det tyder på att de före kursen haft en oklar uppfattning om dess nivå och innehåll.

Läkare i den här studien har i några fall klart uttalat att utbytet av kursen för dem medfört minskad stress i arbetet. Utifrån erfarenhet och antaganden om att chefs person och beteende har stor betydelse för relationer och arbetsklimat i en grupp, anser jag att det psykologiska utbytet av en kurs som FAL inte får undervärderas. Det har uttalats i intervjuerna, att individer och arbetsgrupper i flera fall fått en större trygghet i arbetssituationen och mer arbetstillfredsställelse genom förändringar hos chefen. Betydelsen av relationer mellan chef och underställd personal styrks bl.a. av Jerkedal (1986) i en rapport om relationsträning inom svenskt arbetsliv.

Att par arbetsgrupper talar om en betydande förändring. Även arbetsuppgifterna har förändrats genom att nya uppgifter delegerats till dem. Andra talar om mindre förändringar. Det kan vara detaljer som ökad uppmärksamhet, mer information, mer kommunikation med chefen o.d., men det har upplevts som en påtaglig förbättring. Det handlar om subjektiva upplevelser, om subtiliteter som inte går att mäta, men det handlar också om hushållning med emotionella och psykologiska resurser, vilka har stor betydelse i vårdarbetet (jfr Svalander, 1979).

Ökad arbetstillfredsställelse kan antas medföra ökad effektivitet. Några kursdeltagare berättar om ökad effektivitet, både personlig och hos kliniken/mottagningen. Huruvida det medför bättre patientvård/service mot allmänheten är svårämätbart och kan inte besvaras i den här studien (jfr Persson & Wallroth, 1981).

17 av de 25 kursdeltagarna har uppgett utbyte av undervisningen om chefsrollen. Enligt egen uppfattning interagerar de nu mer medvetet med den underställda personalen. Det finns en divergens mellan deras utsagor och den underställda personalens uppgifter om iakttaga förändringar hos chefen. Underlaget för redovisningen kan i det fallet kritiseras, bl.a. för att antalet intervjuade från respektive personalgrupper inte varit mer än 1—3 personer. Det kan finnas fler åsikter och andra med annan erfarenhet. Det kan också vara svårt för dem att uttala sig om förändringar i de fall de inte känt till kursen i förväg eller vad den handlade om och inte heller ombetts att göra iakttagelser över en tidsperiod, som det här var frågan om.

Av kursdeltagaren upplevda förändringar kan vara kognitiva och kunskapsmässiga, utan att ha medfört påtagliga förändringar i overt beteende. Individens beteende är förknippat med personligheten och den torde vara svår att förändra på så relativt kort tid. Ökad kunskap och medvetenhet är dock av bety-

delse därför att det påverkar bedömningen av situationer. En yttre förändring kan ske över tid och gradvis med små steg. Om chefen redan tidigare varit bra som chef, kan en grad av förändring vara svår att märka i det dagliga arbetet. Uttryck som "han/hon var bra förut också" kan vara uttryck för att de förändringar, som kursdeltagaren uppfattat, är kvalitativa och interna och att förändringar i overt beteende kan vara mindre skillnader som den underställda personalen inte observerat. Tveksamheten "kanske jag vet inte", som fanns hos en del, kan tyda på detta.

I ett par fall anser läkaren, att han inte förändrats ett dugg och att undervisningen om chefsrollen inte gett något nytt, men där har personalen upplevt en påtaglig förändring, en tydlig positiv utveckling hos chefen. Liknande effekter fann Lennung (1973) i en undersökning om sensitivitetsträning. Huruvida det här varit FAL-kursens erfarenheter eller personlig mognad och ökad erfarenhet i en relativt ny chefsroll kan diskuteras. För nya liksom för gamla chefer gäller, att kunskaperna integreras med tidigare vetande i kognitiva processer. I arbets-situationen handlar man från den samlade kunskapen och erfarenheten, vanligtvis utan att tänka efter var eller när man lärt detta. Det kan vara så att man medvetet eller omedvetet observerar fenomen i sin omgivning på ett annat sätt än tidigare. Något av "lära att lära", något subtilt som sammanhänger med värderingar och sättet att iaktta sin omgivning, andras reaktioner etc. (jfr Lennung, 1973, Lundgren, 1979). Det kan då innebära att man interagerar annorlunda med sin omgivning omedveten om att man förändrats. Det kan vara en mognadsprocess i inläringen av den typ som bl a Derefeldt (1975) funnit i undersökning av resultat efter sensitivitetsträning.

Ökade faktakunskaper och/eller förändrad inställning till ekonomi hos deltagare efter FAL-kursen vidimeras i 16 fall av överställd personal. Prövning av skillnaderna mellan deras egna och andras utsagor ger utslaget att det är en sann förändring. I andra fall har det varit svårt att uttala sig om förändringar skett. Relationer och grad av samarbete mellan överordnad och kursdeltagare kan också påverka i vilken utsträckning den överställda reellt kunnat iaktta förändringar. Gruppen kursdeltagare var heterogen i flera avseenden, bl.a. beträffande nuvarande ställning i organisationen. Det finns helt klart praktiska och kvalitativa skillnader mellan uppgifterna för en klinikchef och exempelvis en biträdande överläkare respektive för en vårdcentralchef eller distriktsöverläkare och en distriktsläkare.

Mina förväntningar var, att de yngre och mindre erfarna läkarna skulle vara mer positiva till FAL-utbildningen och tycka sig ha mer nytta av den än de som varit chefer i många år. Jag föreställde mig, att de senare i praktiken hade lärt sig det mesta. Så var det inte. Utfallet blev närmast det motsatta. Vissa avsnitt gav kanske inte direkt ny kunskap åt de erfarna läkarna utan det blev snarare en bekräftelse på att kunskaperna fortfarande var giltiga. Samtidigt fick jag intrycket att de såg sina kunskaper ur en ny synvinkel, då en del av dessa ut-

tryckte sig positivt om värdet av att ha fått diskutera frågorna och "få nya perspektiv på gamla kunskaper". Uttalanden som "jag tänker annorlunda nu" tyder på vidgad kunskap och att attityder påverkats. De inom gruppen, som hade minst erfarenhet av administrativa uppgifter, var något besvikna och mindre positiva till teoridelen. De hade förväntat mer "praktisk information", t.ex. rutiner och hur ärenden av olika slag handläggs. Vi kan här se hur förväntan spelat in. Med den uppläggning och det innehåll, som FAL-kursen har, bör kursdeltagarna ha antingen tidigare erfarenhet genom att själv ha haft att utföra administrativa uppgifter eller någon tidigare grundläggande utbildning. FAL är inte upplagd för att lära ut praktiska rutiner, då dessa varierar lokalt och över tid, utan för att ge mer övergripande kunskaper om bakgrund, sammanhang o.d. Det är en kurs på chefsnivå. De som inte har tidigare chefserfarenhet och som behöver mer praktisk utbildning, bör före FAL-kursen få någon preparandkurs eller information som tillgodoser deras nära behov av praktiska administrativa kunskaper.

14.5. Hur kan man förklara strukturen, funktionen och utfallet i relation till intentionerna?

Projektledningsgruppen och projektledaren var framsynta. Visserligen behöves FAL som en insats för att täcka akuta kunskapsbehov hos klinikchefer och andra läkare i ledande positioner. Men de såg inte FAL som "täppa till hålaktiviteter" utan som ett första led i ett system av utbildningsaktiviteter, som skulle leda fram till en effektivare sjukvård. FAL skulle ge behövliga administrativa kunskaper till generationer av läkare, som inte fått sådan utbildning. Samtidigt skulle man verka för att åstadkomma en förändring i läkarnas grundutbildning, så att varje läkare fick ett begrepp om administrativa och ekonomiska sammanhang. Till den nämnda harmonisynen hör att i planen också fanns kurser för administratörer, som skulle få lära sig förstå sjukvårdens produktionsvillkor, samt aktiviteter för ökat utbyte mellan politiker, läkare och administrativa tjänstemän.

Projektledningens intentioner var, som nämnts, att dels påverka läkarnas attityder mot ett ökat intresse för administrativa och ledande uppgifter samt åstadkomma förändringsvilja, dels ge faktakunskaper som skulle verksamhetsanknytas till en "jordnära" utbildning. Hur detta översatts i struktur och funktion har jag påvisat. Dokumentation av i FAL-kurser genomförda tillämpningsuppgifter har resulterat i att det nu finns en kunskapsbank av redovisningar med idéer och förslag till utveckling (Landstingsförbundet, 1982). Dessa uppgifter har i stor utsträckning omsatts i praktiken och lett till effektivare re-

sursutnyttjande och utveckling som bedöms värdefull ur bl.a. ekonomisk synpunkt.

Intentioner vid starten av FAL var att politiker och administratörer skulle delta i FAL-utbildningen som resurspersoner i smågruppsarbete och diskussioner kring tillämpningsuppgifterna. Att fler politiker och administratörer borde ha ställt upp för detta i FAL-kursen, hörde till den kritik som framfördes i kursvärderingen. Samma kritik har förekommit i kursvärderingar på andra håll i landet (se kapitel 6). Det hör till de faktorer som gör att man måste fundera om sjukvårdspolitikerna insett, vilken resurs FAL-kurserna kan vara som instrument för att driva på utvecklingen inom sjukvården. FAL-kursens uppläggning och de resurser, som finns att tillgå på lärarsidan, ger unika tillfällen att med "folk i produktionen", här läkarna, diskutera idéer och intentioner för sjukvårdspolitiken. Förutom att i större utsträckning delta som "resurs" i FAL-kurserna och stimulera till idédiskussioner, skulle de kunna peka på områden inom produktionen som är av politiskt intresse och behöver belysas utifrån verksamhetens perspektiv. Om andra för avdelningen eller mottagningen mer näraliggande projekt inte finns, skulle det kunna ge kursdeltagarna idéer eller förslag till intressanta tillämpningsuppgifter i utbildningen. Resultaten i den här undersökningen tyder på att större intresse och omsorg behöver ägnas åt valet av ämne för den praktiska uppgiften och resonemang om hur dess resultat ska användas i organisationen.

Projektledningsgruppen förutsatte att resultaten efter deltagande i FAL-utbildning skulle följas upp av respektive ledningsansvariga och att de skulle ge den FAL-utbildade läkaren stöd, så att denne får möjlighet att initiera utvecklingsprojekt. I vilken utsträckning detta sker har den här undersökningen inte gett svar på. Några har enligt utsaga i intervjun anlitats i nya uppgifter, andra uppger att ingen frågat efter vad de lärt sig. Det tyder på att intentionerna i dessa avseenden inte uppfylls helt, samt att FAL-utbildningen inte utnyttjas fullt ut som det sjukvårdspolitiska instrument den kunde vara.

Projektgruppen utgick från en systemteoretisk harmonisyn under sitt förberedande arbete för FAL. Deras mål var bl a att ökade kunskaper hos läkarna skulle bidra till bättre samarbete mellan vårdpersonal och administration. (Kurser för administratörer om vårdarbetets villkor skulle komplettera). Intrycken från undersökningen är att målen i vissa fall uppnås, då FAL-utbildningen, förutom att ge kursdeltagarna nya kunskaper, förefaller att ge kunskaper och en attitydpåverkan som leder till ökad förståelse och ett positivt samarbete över klinik- och områdesgränser.

14.6. Slutsatser utifrån olika perspektiv.

”Men somt föll i god jord, och det gav frukt...” (Matt.13:8).

Resultaten av de historiska delarna av min undersökning har visat hur förändringar i omvärlden lett till förändringar i organisationen. Det medförde att nya och annorlunda krav ställts på läkare i chefsställning med påföljd att nya kunskapsbehov uppstått hos dessa. Ur samhällsperspektiv kan vi konstatera att förutseende saknades beträffande dessa konsekvenser. Läkarnas krav på administrativ utbildning ledde så småningom till att FALprojektet tillkom. I utbildningsplaneringen beaktades såväl samhällets som organisationens och individernas perspektiv, behov och krav, genom den breda förankring som skedde då mer än hundratalet personer från skilda intressentgrupper engagerades i analys- och planeringsarbete.

Parallellt med utveckling av FAL-kurser arbetade man i projektet för att åstadkomma en förändring i läkarnas grundutbildning så att kommande generationer av läkare skulle få en grund av kunskaper om de ekonomiska och administrativa sammanhangen. De nytilkommande läkarna skulle då redan från början av sin tjänstgöring medföra en kunskapsresurs som bidrar till ökad medicinsk effektivitet, som är viktig ur organisationens och samhällets perspektiv. Tidigare generationer av läkare skulle genom FAL få kunskaper som de behöver för sina administrativa och ledande uppgifter.

Som nämnts varierar utfallet av utbildningen individuellt. Beträffande kunskaper uppger samtliga kursdeltagare att de fått en kunskapsresurs, större eller mindre. Omfattningen och nyttan av denna behållning skiftar beroende på dels tidigare kunskaper och erfarenhet, dels nuvarande arbetsuppgifter. Det kan förutsättas att de nu i arbetssituationen har en handlingsberedskap som gör det lättare för dem att identifiera och hantera uppkommande administrativa problem utifrån systemets och den underställda personalens krav och förväntningar. Denna resurs syns också bidra till att den egna arbetstillfredsställelsen ökar genom ökad säkerhet i ledarrollen och känslan av att bättre behärska även de administrativa uppgifterna.

Vad avser arbetet uttalas att den praktiska nyttan av utbildningen i vissa fall varit större, i andra fall mindre. Förändringar har genomförts i verksamheterna, en del i förväg planerade och i FAL-kursen bearbetade/utvecklade, en del mindre efter idéer och inspiration som väckts genom erfarenhetsutbyte, tid till eftertanke och stimulerande undervisning i FAL-kursen.

Relaterat organisationen torde detta i stort kunna ses som ett positivt utfall av utbildningen och en resurs för verksamheten. Ur organisationens perspektiv kan förväntas att resursen bidrar till verksamhetsutveckling, ökad medicinsk effektivitet och ökat lärande i organisationen. Dess värde som resurs ur ett samhällsperspektiv får bedömas utifrån de mål som finns uppsatta för hälso- och

sjukvården samt de värderingar beträffande personal och arbetsmiljö, som manifesterats i lagar och avtal, plus det samhällsekonomiska intresset.

Om resursen också bidrar till att hantera eventuella konflikter av intrapersonell art, som kan sammanhålla med dubbla lojaliteter i läkarens chefsroll, ger den här undersökningen inte svar på. Dock kan antas, att övergripande kunskaper om de administrativa sammanhangen ger insikter om administrationen som en nödvändig förutsättning för det professionella arbetet i en sjukvårdsorganisation som vår. Kunskaperna om det administrativa språket och tänkesätten samt värderingar och intentioner hos de administrativa och politiska nivåerna, kan bidra till förståelse för dessa domäners arbetsvillkor och en mer övergripande syn på den egna rollen. Undersökningsresultaten talar för det. När det internaliseras med tidigare erfarenheter och professionella värderingar, kan därav utgå någon syntes, som gör det lättare att hantera konflikter av detta slag. Detta behöver prövas i vidare forskning.

De flesta effekterna kunde hänföras till individerna, men man kan också tala om en överspridning till arbetsgrupper. Det har berättats om fenomen, som jag hänfört till faktorer av vikt för den psykosociala sidan av arbetsmiljön. Utfall av detta slag är inte mätbara men jag vill ansluta till Lennungs (1973) åsikt att förändringar hos enskilda individer efter utbildning är mer intressanta än utfall mätt med fördelningsmått. Hypotetiskt kan antas att envar av dessa kursdeltagare respektive dem underställd personal, som genom sekundära effekter efter FAL-kursen upplever minskad stress, ökad trygghet i arbetssituationen och mer arbetstillfredsställelse, bidrar till ökad medicinsk effektivitet som i slutänden kommer patienterna tillgodo. Det är faktorer som medverkar till hushållning med psykiska/emotionella resurser och därmed till ekonomi i vid mening.

Den här utvärderingen har visat att övervägande delen av läkarna, som deltog i den studerade FAL-kursen, förändrats vad gäller attityder. De talar om ökad förståelse för administratörer, de tänker annorlunda, de har fått annan syn på saker och ting, fått ökad insikt etc. Det kan på sikt medverka till förändringar och bli en grund för ett mer positivt samarbete mellan läkarkåren och administrationen. Något som förstärker detta intryck är utsagor från ett flertal sjukhusdirektörer angående samlade erfarenheter efter FAL-kurser under 4—5 år. De talar om förändringar i samtalsklimat och att läkarkåren numera deltar mer positivt i budgetdiskussioner och då bidrar till konstruktiva lösningar på problem. Dessa sagesmän ser det som effekter av FAL. Dessa tecken tyder på en trend som med viss försiktighet skulle kunna tolkas som att resultaten av FAL på sikt bidrar till ökat samarbete, balans och koordination mellan olika delsystem inom hälso- och sjukvården. Detta kan då antagas bidra till ökad medicinsk effektivitet.

Ett intryck är emellertid att den harmonisyn, som fungerat som ett paraply över FAL-projektet, kan ha medverkat till att betydelsen av ett konfliktperspektiv inte uppmärksamats eller nertonats. I en fortsättning av FAL och an-

nan administrativ utbildning för läkare på chefsnivå är det tänkbart att nyttan av utbildningen kan bli större för utveckling av den egna chefsrollen om konfliktperspektivet accentueras i högre grad.

Utvärderingen av den studerade FAL-kursen, främst uppföljningen ett år efter kursen, ger intrycket att det finns en trend som tyder på förändringar i den riktning som anges i målen för FAL. Dessa förändringar syns positiva ur både individens, organisationens och samhällets perspektiv. Det tyder på en viss måluppnåelse relaterat intentionerna och målen för FAL.

Slutsatserna gäller den FAL-kurs som studerats och de arbetsplatser som ingått i undersökningen. Generalisering till andra grupper måste ske med stor försiktighet. Kunskapsmässigt har en förändring kunnat säkerställas statistiskt. Vad gäller förändring i chefsbeteende är intrycket att FAL-kursen gett påtagliga förändringar i flertalet fall. Prövning av skillnaderna i utsagor med teckentest styrker att det rör sig om en sann förändring. Det kan antas att resultaten av andra FAL-kurser kan ge liknande resultat om förutsättningarna är desamma.

Resultaten av studien i dess helhet leder till antagandet att FAL-projektet i stort har bidragit till en strukturering och utveckling av diskussioner kring frågorna om läkarnas behov av administrativa kunskaper. Erfarenheterna har också tillfört diskussionen ökad kunskap för utvecklingen av ledningsfrågorna inom hälso- och sjukvården. De grundläggande analyser som genomförts för att ta fram en anpassad utbildning och den kursverksamhet som genomförts inom ramen för FAL har lagt en god grund för vidare utveckling inom området. Vad gäller de enskilda individernas och organisationernas behållning av FAL-utbildningen behövs mer forskning för att studera effekter av FAL i vidare bemärkelse än vad denna studie kunnat besvara.

14.7. Förslag till vidare forskning.

Som framgått i det föregående har begränsningar i studien kring FAL gjort att några intressanta frågor, som uppkommit under forskningens gång, fått hänskjutas till vidare forskning i framtiden. En central fråga i sammanhanget är läkarens chefsroll och behovet av kunskaper för den administrativa och ledande funktionen.

I min undersökning har jag uppmärksammat de inbyggda konfliktrisker, som finns i vårt hälso- och sjukvårdssystem m.h.t. dess specifika organisation, som kan sorteras till tre olika domäner. Jag har slutit mig till att läkaren, när han/hon åtar sig rollen som chef, blir bärare av den konflikt, som finns inbyggd i organisationen. Därmed kan antas att hos denne uppstår en intrapersonell konfliktsituation. Det är ett antagande, som bör kunna prövas exempelvis ge-

nom studier av läkares chefsroll. I samband därmed behöver belysas hur man i vidare utbildning för chefsuppgifterna även kan tillgodose behovet av en resurs för att hantera sådana konfliktsituationer. Av intresse i sammanhanget blir också om utvecklingen av utbildningen i FAL-kurser ger resultat som bidrar till förmåga att hantera en sådan konflikt.

Den nyligen genomförda förändringen med administrativa inslag i läkarnas grundutbildning kan förväntas leda till att de läkare, som examineras under kommande år, får en administrativ grundkunskap och medvetenhet genom utbildningen. Vartefter läkare med den nya utbildningen kommer in i verksamheten och ska bli delaktiga av fortbildning i administration kan utbildningsbehoven ha förändrats. Dock torde det dröja innan dessa uppnår chefspositioner och tills dess bör de generationer av läkare, som inte fått sådan utbildning, ges möjligheter till erforderlig fortbildning. FAL kan ge grundläggande kunskaper för läkares administrativa och ledande uppgifter, men utvecklingen går vidare och nya behov uppkommer. I intervjuerna ett år efter FAL-kursen framfördes önskemål om vidare utbildning. Detta bör följas upp.

Av nytta för fortsatt planering vore jämförande studier av dels de skilda regionernas FAL-kurser, dels mellan FAL och annan administrativ utbildning för läkare. Ett konkret förslag är att göra en undersökning utifrån kursvärderingar, som finns hos kursledarna, vilka inte bearbetats. Av intresse vore också att studera den administrativa utbildning, ledningsteamträning, som bedrivs i Väster- norrlands läns landsting. Har problem och låsningar uppstått som befarats, då läkarna inte först genomgått en grundläggande administrativ kurs av den typ som FAL utgör?

Samarbete sker med övriga nordiska länder, bl.a. vad gäller läromedel till administrativa kurser för läkare. Jag har fått ta del av program och kursmaterial till den danska motsvarigheten till FAL, ävensom viss utvärdering som skett där, men jämförelser har inte kunnat inrymmas i den här studien. Genom vidare undersökning bör sökas kunskap, som kan bidra till utveckling av samarbetet med andra parter vad gäller administrativa kurser för läkare.

Viss utbildning för administratörer genomförs för att de ska få ökad kunskap om och förståelse för vårdproduktionens arbetsvillkor. Även här kan behöva utredas om sådan utbildning gett effekter av betydelse för samarbetet mellan vårdpersonal och administratörer.

Till sist erinras om att jag med denna avhandling avser ge ett bidrag till kunskaper om personalutbildning. Den är ett fragment som behandlar endast ett projekt. Mer forskning behövs för att samla och sprida kunskap om personalutbildningsområdet och metoder för sådan forskning behöver vidareutvecklas.

Kapitel 15. English Summary.

This thesis is a study of an interesting employee education project within the Swedish Health System, the FAL-project. FAL is a Swedish acronym for Continued Administrative Training for Physicians. This project evolved 1975 by the Federation of County Councils, the National Board of Health and Welfare, the Swedish Planning and Rationalization Institute and the Swedish Medical Association in collaboration.

After an initial trial period at the national level 1976—77, regional groups of counties took over the responsibility for arranging decentralized courses. The training is governed by common principles in order to achieve an equal qualification.

Personnel education is commonly found in Sweden, but is as yet a relatively uncharted area. By studying the FAL project I aim to show in this thesis how personnel education can originate and develop as a result of the educational needs within organizations in change.

A central question in this study is why physicians need administrative education and what are the effects in an actual work situation, that can be related to an administrative course. In more concrete terms, the following principle questions are examined:

- 1) How did the educational needs, which are intended to be met by FAL-courses, evolve and how and by whom were these needs identified?
- 2) How did the FAL-project evolve and how was the educational programme planned?
- 3) What is the structure and function of the FAL-training?
- 4) What are the results and effects of the training?
- 5) How can the structure, the function and the outcome be explained in relation to the original intentions?

This study has a holistic approach and comprises:

- 1) A short historic background of the development of the health system in Sweden through the last decades. The aim is to throw light on the context and the changes that affected the managerial role of the physician.
- 2) The history of the FAL-project's development; the philosophy and concepts behind the goal, the priority of subjects and choice of training methods and programme suitable for the training, as well as the realization of the planning.
- 3) An intensively studied FAL-course with 25 physicians serves as a case study.

4) An evaluation after completion of the course was made to find out the participants attitudes to and opinions of the education. After one year a follow-up study was made to see if there were any notifiable effects in the working situation that could be related to the FAL course.

5) An analysis of the results of the research with regard to the intentions of the training and in the light of the theoretical perspectives chosen — a perspective of educational planning as well as an organizational perspective.

Methodology.

The historical research is primarily based on the study of literature and documents with relevance to this study. In addition, interviews were undertaken with 15 persons who were pursuing these questions and participating in work- and reference-groups within the FAL-project. The casestudy, a FAL course, was carried out through participating observations and interviews during the course.

The evaluation of attitudes after the course was carried out with an attitudescale (a semantic differential scale, "ATU-skalan", invented by Jerkedal et al 1966) and an inquiry (bil. 2 and 3). The one year follow up evaluation was carried out by means of interviews with the 25 participating doctors as well as 26 superior personnel and 42 subordinate staff in the organization.

Goals and Programme.

These FAL-courses, planned for physicians in high leading positions (primarily the heads of clinics and departments), consist of 3 weeks theoretical education divided in three one-week-seminars with two 6 weeks breaks. During these breaks the participants work on a task in the form of a project, that can be of use for, and have a practical application, on the organization at home. Subjects of priority in the course are economy and planning, organization, optimizing efficiency in medicine, personnel administration and training and the role of the doctor-in-charge.

The aims of the training are

- to give the physician administrative knowledge and proficiency related to the tasks and responsibilities in the position as doctor-in-charge,
- to influence the physician's attitudes to administrative tasks and improve the ability to identify and deal with administrative problems,
- to give the physician the ability to develop his administrative leadership,
- stimulate developmental-achievement in the actual worksituation.

The ultimate goal of the training is to aid development in health-care organization and optimize efficiency in medicine and medical effectivity.

History.

The historical research shows that at the beginning of the 20th century, hospitals were small and the physicians had, according to the law, the responsibility of both the medical care and the administration for running the hospital. After the second world war a great expansion of the health care took place. Medical specialities increased in numbers and hospitals expanded. The costs of health care escalated to an unexpected high level. Subsequently came the necessity for more organized planning and efficiency of the health care system.

The government decided that a general outline and overview of the health care should be drawn up. To achieve this the physicians' knowledge of the medical context as a whole and of the estimated requirements was requested. That means they came to play a major role in planning and estimating the future requirements of health care.

It became obvious that the administration was under proportioned, and that running hospital required good knowledge of economy and various administrative subjects. The medical training for doctors did not contain such an education.

During the 1950—60s several government bills were passed to organize the health care. As a result of which the county councils became responsible for nearly all the health care. Consequently the health care organization within the counties became very extensive and complicated, encompassing several divisional systems. Within the health system both doctors and administrators were lacking in administrative knowledge at that time.

Through employing economic, but not medical, trained leaders for the administrative management the problem was solved, and the administration enlarged. However, this brought with it a development of two separate hierarchies within the health care — an administrative and a medical one. (See fig. 9:3, chap. 9). Because of differences in systems thinking, language and values, subsequently the administration came to function as a filter between the political decision level and the production level. See fig. 14:2, chap. 14).

A difficulty in cooperation between the doctors/health care production and administration unfolded. Planners and administrators regarded the doctors as lacking in knowledge of administrative situations and opponents of changes, as well as not wanting to share their medical knowledge, which indeed was required for the organizational planning and development of the health care. On the other hand the doctors were of the opinion that a lot of what the administrators brought up was unnecessary and interfered with the care of the patients.

The expansion of the administration of the health care in the 1960's not only brought about change in the organization. New administrative and economic systems were also introduced. The doctors were not relieved of the ad-

ministrative duties. On the contrary, the demands increased and they now had to face an additional economic responsibility not earlier defined. The doctors were given new duties, for which they had no training. They insisted that the employer should make arrangements for further administrative training.

The Swedish Society of Medicine had in the 1950's organized conferences for directors, doctors-in-charge and others. These could not satisfy the needs and the issue of further administrative training was already in the 1960's pursued by the board of the Swedish Medical Association. Not until the end of the 1960's was the corresponding training offered by the employers, in the form of conferences for heads of clinics. During the early 1970's such 3—5 day pilot courses were attended by more than 3000 doctors. As a result of this an increase in interest in administrative knowledge was now evident. (However, not all doctors were interested in such an education). A few production planning courses for physicians were realised within the employer's rationalizational education 1970—72.

The doctors, the administrators and other personnel had different myths and concepts about each other. There were also many voices against a special administrative education for physicians. However, these existing myths, concepts and conflicts between groups and individuals became obvious during the Federation of County Councils educational programme on rationalization. It was also realised that the education on the subject offered, did not take into account the physicians' production perspective and they worked hard to produce an educational programme fulfilling the needs of the physicians.

However, not until 1974 did this programme gain a hearing. When the FALproject started, an organizer of the project became responsible to a leading group with representatives from the Federation of County Councils, the National Board of Health and Welfare, the Swedish Planning and Rationalization Institute and the Swedish Medical Association. More than one hundred persons from various interest groups as well as the county authorities became engaged to participate in analysis and priority discussions concerning the contents as well as the teaching methods of the programme. Hereby the project gained a widespread acceptance almost all over the country.

Results of the study.

In the observed FAL-course (the case study) 25 doctors participated, 20 male and 5 female. They came from smaller and larger hospitals as well as county council surgeries and represented 16 different specialities. Age 38—61 years.

The results of the case study revealed a difference between the course participants and course managers concerning the goal of the course. The goals of the participants are concrete; they want to learn facts. The course management

wanted apart from facts also to exert an influence on attitudes according to the original goals of the FAL.

The attitude test and the doctors' course evaluation showed that all had a positive attitude to the theoretical part of the programme. They point out that the course had been instructive, given knowledge and a wide information etc. There were minor criticism against some features of the programme and that too few politicians had been available for discussions. The attitudes were positive to the practical application task except from two participants. From the comments can be concluded that the negative attitudes were related to the choice of subject for the task. A few participants had chosen tasks that should have been done in any case and they had no benefits from the theory in carrying out the task.

The survey accompanying the attitude test showed that several of the participants had too little time at home to work with and solve the task given, due to an accumulation of work while being away. Most of the participants had cooperated with other personnel in the process of solving the task.

The statements made in the interviews one year after the course have been interpreted and sorted into categories as follows:

- 1) Learning has been achieved.
- 2) Experience of practical use of the course.
- 3) Knowledge/use/effects related to subjects taught:
 - a) economy
 - b) planning,
 - c) organization,
 - d) medical effectivity,
 - e) the role of leadership,
 - f) legislation on work and hospital.
- 4) Carried out changes at work.
- 5) Increased effectivity:
 - a) personally,
 - b) clinic/surgery.
- 6) The practical application task:
 - a) good use of it,
 - b) carrying out of the task.
- 7) Changes in attitudes.
- 8) Other: factors of importance for psychosocial work environment.

A matrix in chapt. 13, illustrates the results distributed among the participants. Crossmarks in the matrix indicate noticed effects related to the FAL-course by the participants.

All 25 acquired new knowledge. 19 found practical use of this knowledge in their work. 14 reported that they had made changes at work during the year after the course. An influence on attitudes has been made on 22 participants.

It has been a question of "a new view on matters", "awareness", "insight", "an understanding for economic restrictions", "a little bit more interest" etc.

The subject Economics has achieved most effect. 22 think this has been interesting and of use.

22 have reported good use from the practical application task. 19 of these have carried through the changes planned or carry on with further investigation and development. 17 are of the opinion that lessons and discussions on the role of leadership were useful and have given insight to its importance. 18 report effects of psychosocial importance to the work environment such as improved communication with the staff, self confidence in administrative tasks and less stress.

The results were distributed to groups according to some factors in the participants background, i.e. further experience of being doctor-in-charge, present position in the organization and division according to sex. There are a few small differences but of no significant value. The impression is that the group of doctors, who had ten or more years of experience as doctor-in-charge, seem to have more use of and gained more benefit from the education in economics compared to those with less in-charge experience, but there are no significant differences between the groups according to the Fisher Test.

In division according to sex, the female participants appear to have relatively more practical use of the training compared to the men. As the female group is small (5 p), it has not been meaningful to prove the results statistically nor compare them with the male group.

Senior personnel have not been able to give an opinion about changes in the conduct of the doctor-in-charge (leadership), but 15 of them have noticed an improvement of knowledge or more interest in administrative questions in the participants after the FAL-course.

Subordinate personnel have observed change in the doctor-in-charge as follows:

16 report increased knowledge/interest for economy and administration, 12 report changes in in-charge conduct (leadership).

There is not a complete agreement between the statements of participants and subordinate personnel in the relation between the statements, but the changes reported were verified as real change by using a Sign Test.

Discussion and conclusions.

The historical research shows that the doctor's role "in charge" has considerably changed: on one hand concerning the position in the organization, on the other new administrative tasks and demands have been laid upon the doctor/doctor-in-charge. Primarily it seems that changes in the surrounding en-

vironment have influenced the health care organization.

During the period of expansion problems of cooperation developed between doctors and administrators. This can partly be explained from a psychological perspective. When planners and other administrators forced their way into a field earlier governed by doctors, this led to a struggle for power.

This struggle can be seen in theories on professional organizations. In the literature on the subject of profession, physicians are often given as a typical example of a professional. Writers such as Etzioni (1974) and Berg (1981) covering the literature on organizational theory, point out that conflicts generally arise in professional organizations. The reason is because of different values and that the principles of organization are fundamentally different between the profession as such and the administration. Autonomy is a prerequisite of professional practice/conduct. Administrative control leads to a reduction of autonomy. More administrative control gives less autonomy and the opposite.

Yet the tension can also be accounted for in the theories of domains described by Kouzes & Mico (1979). These principles are described in chapter 9 and been translated to Swedish conditions in figure 9:2, chap 9. The domain theory and the theories on professional organizations point out that conflicts and cooperation problems are built into the system due to different values, professional practice and standards of success.

The conclusion will be that, when the doctor assumes a position-in-charge (administrative commitment) the conflict built in the system also take place in the individual. The doctor enters the administrative domain but retain a great amount of patient work and so remain with one foot in the professional domain and still is a professional. Theoretically this could be the premise of intrapersonal conflicts between professional and administrative values. The question arises whether or not the FAL course training will give a resource to handle even these conflicts.

The evaluation of the FAL-course must be viewed in the light of the educational needs for the role of doctor in charge. These needs can be brought into four categories according to demands and expectations:

- 1) the demands of the system,
- 2) the subordinate's demands and expectations,
- 3) the professional demands and
- 4) personal needs and expectations.

Also, demands for change are highly relevant because a new perspective of medical care is stipulated in the new health law (HSL), effective since January 1st 1983. To meet with all these demands the doctor needs both administrative knowledge of facts, proficiency, a social competence and attitudes related to the tasks and responsibilities in the position in question. That is, the doctor must have the knowledge and qualifications described in the FAL goals. The judgement, an evaluation of the results of a course, must be made with reference

to the frame of the programme and the changes that are possible to make in the work situation with consideration to the barriers that could stop implementation of new knowledge.

The evaluation has shown that all participants have acquired new knowledge and that most of them have after the course developed in the role of being in charge. The participants seem to have acquired resources to cope with eventual administrative problems and better meet the needs and expectations of the personnel group. A reduction of stress, increased effectivity and feeling of "getting on well in the work situation" have in general been the participants gains from the FAL training. (Some of these personnel groups speak about now feeling more safe and satisfied with the work situation).

An influence on attitudes has been noted with many of the participants. They now show a better understanding of the administration and the employer's economical practice, i.e. cut downs. Some participants has instigated changes and development in the organization and daily routine. The exchanges of experiences and discussions between colleagues from different areas has played an important part in the results achieved and the positive attitudes to the education.

The directors of hospitals interviewed indicate that after a few years of FAL-courses a positive change in attitudes with the doctors have taken place regarding administrative and economic matters. All doctors do not change after a FAL-course, but totally (on the whole) a change has taken place leading to a more positive dialogue. The physicians to a greater extent than before now contribute to constructive solutions on economical problems.

Hence, this can be the result of doctors, through a FAL-course, acquiring an increased knowledge and understanding of the economical and organizational contexts and the relation between the work and the reality of the surrounding world. Here one can speak of some goal fulfilment. This study cannot answer wether or not this has improved the care of the patient.

One of a few conclusions is that FAL also can be used as a an instrument to inform and involve physicians in the county's health care policy. Because of this the politicians should put more interest in this education, i.e. take part in discussions during the courses. Through such participation can new suggestions of political interest come to light. As said, there were some criticism that too few politicians had been available for disussions in the FAL course. Also the participants' comments on the practical task show that more interest should be put on the choice of these tasks.

One has to remember that the FAL-course is not the only source of getting new knowledge and that change and development in the health care is always going on in one or another way. However, the resources gained from the FAL education seems to give the doctors a good ground for further development. Maybe the wider sight and understanding of other domains' work conditions

can help solve also the intrapersonal conflicts between the professional and administrative sides in the role of doctor-in-charge. The conditions mentioned concern the individuals and groups interviewed. The results must be interpreted with great care regarding the size of the group studied and methods of the study. However, it seems possible that other FAL courses can, given similar circumstances, produce similar changes as those reported in this case study. Further research into the FAL courses and the results of this may create a good opportunity for more generic conclusions.

Litteraturförteckning.

- Abrahamsson, B. 1974: *Skolan som arbetsplats*. I rapport från utredningen om skolans inre organisation. Del 1. Utbildningsdepartementet 1974:1
- 1978: *Organisationsteori*. Om byråkrati, administration och självstyre. Andra upplagan. Stockholm: AWE/Gebers.
- Albrow, M. 1972: *Byråkrati. Historia, teori, praktik*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Aldén, J. et al 1980: Klinikchefsrollen. I *FAL-Debatt 3*. Stockholm: Landstingsförbundet.
- Alexandersson, C. 1981: *Utbildningseffekter — ett exempel på innehållsrelaterad kvalitativ beskrivning*. Pedagogiska institutionen, Göteborgs universitet.
- Allardt, E. 1977: *Att ha. Att älska. Att vara*. Om välfärd i Norden. Lund: Argos.
- Andersson, B.E. & Nilsson, S.G. 1966: *Arbets- och utbildningsanalyser med hjälp av critical incidentmetoden*. Göteborg: Akademiförlaget.
- Andersson, C. & Rengen, L. 1979: *Arendalsliv. Effekter och utvärdering av ett personalutvecklingsprojekt*. Lund: Utbildningshuset.
- Andersson, O.W. 1972: *Health care — can there be equity?* The United States, Sweden and England. University of Chicago. New York: Wiley.
- Appelgren, Å et al 1979: *Sjukvård för Dig*. Stockholm: Liber förlag.
- Arbnor, I. & Bjerke, B. 1981: *Företagsekonomisk metodlära*. Lund: Studentlitteratur.
- Argyris, C. 1964: *Integrating the Individual and the Organization*. New York: Wiley.
- Askeröth, B. & Sköld, S. 1971: Impuls-materialet prövat — bra resultat. *Landstingens tidskrift 1971:3*.
- Aspling, A. & Lindestad, A. 1978: *Företagsutbildning. Reflektioner kring tre praktikfall*. Stockholm: RTI, EFI.
- Asplund, Å. 1973: *Sjukvårdsadministration*. 3:dje upplagan. Stockholm: Norstedts.
- Banerjod, K. 1976: *Psykosociala effekter av fysisk arbetsmiljö och skyddsförhållanden*. I SOU 1976:3, 7—26.
- Bennis, W.G. 1969: *Organizational Development: its nature origins and prospects*. Reading, Mass: Addison & Wesley.
- Berg, G. et al 1980: Personallagsutbildningen. Bakgrund, tillkomst och synpunkter på utvärdering. *Pedagogisk forskning i Uppsala 20*.
- Berg, G. 1981: Skolan som organisation. *Uppsala Studies in Education 15*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Berglund, H. et al 1978: *Sjukvård i tillväxt*. Lund: Liber läromedel.
- Berglund, H. & Pettersson, U. 1980: *Omsorg som yrke eller omsorg om yrket*. Stockholm: Sekretariatet för framtidsstudier.
- Berglund, G.W. 1983: Om naturalistisk forskning. Några anteckningar. *Arbetsrapport 68*. Pedagogiska institutionen, Uppsala universitet.
- Berglund, K. 1977: Patientupplevda behov som bas för sjukvårdsprocessen. *Tidskrift för sjukvårdspedagoger 1977:24 s. 92—98*.
- Biörck, G. 1980: Alla i sjukvården måste vara allmänmänniskor. Byråkrater ser allting upp och ner. *Läkartidningen 1980:6, s.405*.

- Björkman, M. 1978: *Ekologisk psykologi*. Om samspelet mellan människans tankesystem och hennes omgivning. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Borgbrant, J. 1978: *Chefsrollen i förändring*. Rapport LiU-PEK-R-19. Pedagogiska institutionen, Linköpings universitet.
- 1980: *Ledningsutveckling. Modellanalys i anslutning till två utvecklingsprojekt*. Linköping Studies in Education. Dissertations No. 11.
- Borgenhammar, E. & Margulies, A. 1974: *Att organisera vård*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Borgenhammar, E. et al 1979: *Ekonomi och planering*. Stockholm: Landstingsförbundet.
- Borgenhammar, E. 1978: *Ledarskap i förändring: Läkaren som administratör*. Göteborg: Nordiska Hälsovårdshögskolan. Stencil.
- 1980: Lära om ledarskap. Om behovet av administrativ utveckling. I *FAL Debatt* 2. Stockholm: Landstingsförbundet.
- 1984: *Leda lagom. Om ledarskap i kommuner och landsting*. Stockholm: Liber förlag.
- Borgert, L. 1978: *Ledarskap. Begriper vi oss på det?* Lund: Studentlitteratur.
- 1981a: *Läkaren och ledarskapet*. Falun: Leif Borgert Konsultation HB. Stencil.
- 1981b: *Att utveckla organisationen eller "Hur Lotta lärde sig att cykla"*. Malmö: Utbildningsproduktion.
- Borgström, L. & Skog-Östlin, D. 1980: *Vuxnas utbildningsbehov i teori och praktik*. Rapport 12/1980. Stockholm: Högskolan för lärarutbildning, Institutionen för pedagogik.
- Bra Böcker 1980: *Lexikon del 18*. Högås: Bra Böcker Bokförlag.
- Bradley, G. 1979: *Yrkesroller — livsmiljö*. Psykosociala aspekter på tjänstemännens arbetsvillkor och arbetsmiljö. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Brorsson, B. 1977: *Att mäta hälsa*. Indikationer och index på hälsotillståndet. Stockholm: Spri.
- Broström L. & Ekeröth G. 1977: *Vuxenutbildning och fördelningspolitik*. Lund: Liber Läromedel.
- Brunander, L. 1975: *Människor i ett företag*. IAN-rapport nr 161. Stockholm: Pedagogiska institutionen. Stockholms universitet.
- Bäck, P. 1976: *Befattningsanalysen i utbildningsplaneringen*. FOA rapport C56007—H8. Stockholm: Försvarets forskningsanstalt.
- Calltorp, J. 1977: Läkaren en nyckelfigur i sjukvårdsadministration. *Läkartidningen* 1977:4, 195—196.
- Carlsson, S. 1964: *Företagsledare i arbete*. Stockholm: Prisma.
- Carlstedt, L. 1979: *Effektivare flygförarutbildning genom modifieringar i urvalsprocedur och utbildningsklimat*. FOA Rapport C 55029-H7. Stockholm: Försvarets forskningsanstalt.
- Carneck, C. 1981: Att enbart utbilda chefer ger inga större effekter. *Landstingens Tidsskrift* 1981:6.
- Cohen, L. & Manion, L. 1980: *Research Methods in Education*. London: Croom Helm.
- Dahl, T. 1975: *När jag var sjuk*. Göteborg: Författarförlaget.
- Dahlöf, U. 1967: *Skoldifferentiering och undervisningsförlopp*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- 1970: *Utbildningsanalys och utbildningsplanering*. I SOU 1970:22, bil. 1.
- 1971: *Svensk utbildningsplanering under 25 år*. Lund: Studentlitteratur.

- 1978: Fyra debattinlägg om pedagogik, utbildningsplanering och utvärdering. *Pedagogisk forskning i Uppsala 1*.
- Dahlström, E. et al 1970: *Teknisk förändring och arbetsanpassning*. Stockholm: Prisma.
- Danielsson, A. 1978: *Teori för beskrivning av företag*. Lund: Ekonomen & Studentlitteratur.
- Derefeldt, A. 1975: *Sensitraning — myt och verklighet*. Stockholm: PA-rådet.
- 1983: Så kan ledningsutvecklingen bli ännu bättre. *Personal, Människor och Arbete 1983:3*, s.18—20.
- Dylander, B. & Olesen, K. 1976: *Effekt av medarbejderuddannelsen — en sociologisk undersøgelse av kursuseffekt og implementeringsvanskeligheder*. Köpenhamn: Erhvervspedagogik/Teknologisk Institut.
- Ed, M. et al 1984: Arbetsledare idag och i morgon. En studie av utbildningsbehov inför arbetsledarutbildning vid Sveriges lantbruksuniversitet. *Pedagogisk forskning i Uppsala 54*.
- Edfeldt, Å. & Jansson, U. 1978: *Beteendevetenskapliga förhållningssätt*. Stockholm: Akademilitteratur.
- Effektiv statsförvaltning*. Skrift utgiven av Riksrevisionsverket, Statens personalnämnd och Statens personalutbildningsnämnd. Stockholm: Liber förlag.
- Emery, I.(red) 1973: *Systemteori för ekonomer och samhällsvetare*. Stockholm: Prisma.
- Engvall, T. 1980: *Förutsättningar och hinder för småföretagsutbildning*. Linköping Studies in Education. Dissertations. No. 10.
- Etzioni, A. 1961: *A Comparative Analysis of Complex Organizations*. New York: The Free Press.
- 1972: *Moderna organisationer*. Femte upplagan. Stockholm: Aldus.
- Forsberg, B. et al 1984: *Att planera utbildning — en bok om utbildning i arbetslivet*. Lund: Studentlitteratur.
- Franke-Wikberg, S. 1977: Teoretisk referensram vid pedagogisk utvärdering — varför det? Hur då? *Rapport från LONG-projektet 1:1977*, Umeå: Pedagogiska institutionen, Umeå universitet.
- Franke-Wikberg, S. & Lundgren, P. 1980: *Att värdera utbildning del 1*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- 1981. *Att utvärdera utbildning del 2*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Fredholm, L. & Thor, G. 1983: *Ledarskaps- och ledningsutbildning*. Beskrivning av en utbildning för militära chefer. Stockholm: FOA rapport D 55022—H3.
- Freidson, E. 1975: *Professional — the social structure of medical care*. Chikago: Aldine.
- Fröberg, U.H. 1982: *Personalansvar inom hälso- och sjukvården*. Hova: Institutet för medicinsk rätt AB.
- Fuchs, V.R. 1974: *Who shall live? Health Economics and Social Choice*. New York: Basic Books Inc.
- Fält, H. 1970: Läkarna och administrationen. Alla sjukvårdsarbetare måste respektera varandra. *Läkartidningen 1970:31*, s.3448—3450.
- Gardell, B. 1971: *Produktionsteknik och arbetsglädje*. Stockholm: PA-rådet.
- 1976: *Psykosociala problem sammanhängande med industriella produktionsprocesser*. I SOU 1976:3, 67—86.
- 1980: *Arbetsinnehåll och livskvalitet*. Andra upplagan. Stockholm: Prisma.

- Gardell, B. et al 1979: *Sjukvård på löpande band*. Stockholm: Prisma.
- Gestrelus, K. 1970: *Utbildningsplanering med befattningsanalytiska metoder*. Pedagogisk orientering och debatt. Lund: Läromedelsförlagen.
- Gorpe, P. 1978: *Politikerna, byråkraterna och de nya styrformerna*. Stockholm: Liber förlag.
- Granberg, O. 1981: *Personaladministration och organisationsutveckling*. Andra upplagan: Stockholm: Natur & Kultur.
- 1982: *En chef i tiden*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Gustafsson, C. 1984: Utvecklingsarbetet "Barn och teknik". Appendix. *Pedagogisk forskning i Uppsala* 50.
- Gustafsson, R.Å. 1978: *Bot och omvårdnad eller vårdproduktion*. Stockholm: Prisma.
- Hallén, O. 1979: Kärnproblemet i svensk sjukvård, kunskapstillväxt ekonomisk tillväxt. I *FAL Debatt 1*. Stockholm: Landstingsförbundet.
- Hamilton, D. et al (ed.) 1977: *Beyond the numbers game — a reader in educational evaluation*. London: Macmillan Education.
- Heimann, P. 1964: *Bättre sjukvård — kritik och förslag*. Stockholm: Aldus.
- Hellberg, I. 1978: *Studier i professionell organisation*. Monografi nr 20, Göteborg: Sociologiska institutionen, Göteborgs universitet.
- Hellewig, K. 1971: *Kurs i produktionsplanering. Högberga 1971*. Rapport. Stockholm: Spri.
- 1972: *Högbergaseminarium kring produktionsplanering 9—11 okt 1972*. Rapport. Stockholm: Spri.
- Herzberg, F. 1972: *Work and the nature of man*. London: Staples Press.
- Hultin, H. 1972: *Produktionsplanering — en viktig uppgift för blockchefer. Idéer och praktiska problem*. (I Hellewig 1972) Stockholm: Spri.
- Hultin, H. et al 1981: Utbildningens mål: Öppenhet och samverkan men ej hemmablindhet. *Landstingens Tidskrift* 1981:8.
- Hultman, G. 1981: *Organisationsutveckling genom ledarutbildning. En utvärdering av skolledarutbildningens första utbildningsomgångar*. Linköping Studies of Education 13. Diss. Linköping: Pedagogiska institutionen, Linköpings universitet.
- Högström, A. et al 1981: *Organisations- och personalutveckling*. Stockholm: Landstingsförbundet.
- Illich, I. 1975: *Den farliga sjukvården*. Stockholm: Aldus.
- 1977: *Den omänskliga sjukvården*. Stockholm: Aldus/Bonniers.
- Ingestad, L. & Nilsson, K. 1982: *Den nya hälso- och sjukvårdslagen — en informationsskrift*. Hova: Institutet för medicinsk rätt.
- Jerkedal, Å. et al 1966. *ATU-skalan*. Stockholm: PA-rådet.
- Jerkedal, Å. 1967: *Top management education — an evaluation study*. Stockholm: PA-rådet.
- 1973: *Utbildning och/eller lärande*. Stockholm: PA-rådet.
- 1975: *Evaluering av utbildning. Värdering. Bedömning. Mätning*. Andra rev. upplagan. Stockholm: RTI, Rådet för tjänstemannautbildning inom industrin.
- 1980: *Utvärdering i deltagarpåverkad utbildning: struktur och process*. Rapport 136:80. Stockholm: PA-rådet.
- Jerkedal, Å et al 1981: *Utvärdering av vidareutbildning*. Stockholm: PA-rådet.
- Jerkedal, Å. 1986: *Relationsträning i svenskt arbetsliv*. Lund: Studentlitteratur.
- Jersild, P.C. 1977: *Babels Hus*. Stockholm: Bonniers.
- Johansson, L. 1971: *Utbildning — resonerande del*. Preliminär rapport inom låginkomstutredningen, Stockholm: Allmänna förlaget.

- Johansson, S. 1979: *Mot en teori för social rapportering*. Rapport 2 från levnadsnivå-projektet. Stockholm: Institutet för social forskning.
- Johnsen, E. & Hedegaard, O. 1974: *Ledelseproblemer i sygehusvaesenet*. Köpenhamn: Nyt Nordisk Forlag.
- Jonsson, E. & Hultin, H. 1982: *Medicinsk effektivisering*. Stockholm: Landstingsförbundet.
- Jönsson, B. 1977: *Sjukvårdsekonomi. Sociala lönsamhetskalkyler inom hälso- och sjukvården*. Stockholm: AWE/Gebbers.
- Karlsson, G. (Red.) 1968: *Sociologiska metoder*. Andra upplagan. Stockholm: Läromedelsförlagen.
- Keisu-Lennerlöf, L. 1981: *Rollen som skyddsombud*. Stockholm: SACO/SR.
- Kerstell, R. 1980: Några läkargrupperns roll, arbetsuppgifter, arbetssituation samt behov av administrativ utbildning — en förstudie. I *FAL Debatt 2*. Stockholm: Landstingsförbundet.
- Kouzes, J.M. & Mico, P.R. 1979: Domain Theory: An introduction to Organizational Behavior in Human Service Organizations. *The Journal of Applied Behavioral Science* 1974 s.449—469.
- Kylén, J.-A. 1983: Hur utvärdera effekter av utbildning? *Utbildningstidningen* 1983:1.
- Landell, N-E, 1977: *Stress i arbetslivet*. Stockholm: Aldus.
- Landstingsförbundet, 1967: *Statistisk årsbok för landsting 1967*. Stockholm: Landstingsförbundet.
- 1968: *Kontakt 3*. Introduktionsbroschyr och studiematerial. Stockholm: Landstingsförbundet.
- 1971: *Översyn av landstingens organisations- och rationaliseringsutbildning 1971—73, Principprogram*. Rapport. Stockholm: Landstingsförbundet.
- 1972: *Produktionsplanering*. Rapport. Stockholm: Landstingsförbundet.
- 1978: *FAL Rapport 1. Försöksverksamheten 1977*. Stockholm: Landstingsförbundet.
- 1979a: *FAL Rapport 2. FAL-utbildningen — enkät om utbildningsbehov*. Stockholm: Landstingsförbundet.
- 1979b: *FAL Debatt 1. Fortbildning i administration för läkare*. Stockholm: Landstingsförbundet.
- 1980a: *FAL Debatt 2. Fortbildning i administration för läkare*. Stockholm: Landstingsförbundet.
- 1980b: *FAL Debatt 3. Fortbildning i administration för läkare*. Stockholm: Landstingsförbundet.
- 1980c: *FAL Rapport 4. Seminarier för fackliga företrädare: organisationernas syn på FAL — roll och former för medverkan*. Stockholm: Landstingsförbundet.
- 1980d: *FAL Rapport 3. Effekter av FAL-utbildningen — en enkätundersökning*. Stockholm: Landstingsförbundet.
- 1980e: Landstingens personalutbildning: Mål, värderingar och ideologi. *Landstingsförbundets personalutbildningsutredning, PM 8*. Stockholm: Landstingsförbundet.
- 1980f: *Medbestämmandeavtal för kommuner och landsting*. Stockholm: Landstingsförbundet, Kommunförbundet.
- 1981: *Arbetsrätt — En översikt av lagar och avtal som reglerar arbetsförhållanden i landstingen*. Malmö: Utbildningsproduktion AB.
- 1982a: *FAL Rapport 5. Verksamhetsutveckling med läkarmedverkan*. Stockholm: Landstingsförbundet.
- 1982b: *Den nya hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Landstingsförbundet.

- 1982c: *Statistisk årsbok för landsting 1982*. Stockholm: Landstingsförbundet.
- 1982d: *FAL — Fortbildning i Administration för läkare. Tillämpningsuppgifter 1977—1981*. Stockholm: Landstingsförbundet.
- 1982e: Beska mediciner för vården. *Landstingens Tidskrift* 1982:3, s.18. Stockholm: Landstingsförbundet
- Larsson, S. & Thång, P.O. 1985: *Arbetets betydelse och utbildningens funktion*. Rapport 1985:03. Göteborg: Pedagogiska institutionen, Göteborgs universitet.
- Lennerlöf, L. 1969: *Chef, ledare, ledarskap*. Stockholm: PA-rådet.
- 1976: *Arbetsledning — en diskussion på grundval av Utvecklingsrådets försöksverksamhet*. Stockholm: PA-rådet.
- 1981a: *Arbetsmiljön ur psykologisk och sociologisk synvinkel*. En introduktion i beteendevetenskaplig arbetsmiljöforskning. Stockholm: Liber Förlag.
- 1981b: *Arbetsledning i förändring. Ett socialpsykologiskt perspektiv*. Stockholm: Liber förlag.
- Lennung, S-Å. 1973: *Effekter av sensitivitetsträning. Ett fältexperiment*. Rapport. Stockholm: PA-rådet.
- Levi, L. 1976: *Psykosociala förhållanden i arbetsmiljön: inverkan på hälsa och välbefinnande*. I SOU 1976:3.
- Lindholm, S. 1980: *Vetenskap, verklighet och paradigm*. Stockholm: AWE/Gebbers.
- Lohmann, H. 1978: *Psykisk hälsa och mänsklig miljö*. Tredje upplagan. Stockholm: Liber förlag.
- Lundgren, U. 1979: *Att organisera omvärlden*. Stockholm: Liber förlag.
- Lundmark, A. 1985: *Utvärdering av personalutbildning*. Stockholm: Brevskolan.
- Marton, F. et al 1977: *Inläring och omvärldsuppfattning*. Stockholm: AWE/Gebbers.
- Maslach, C. 1985: *Utbränd. En bok om omsorgens pris*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Maslow, A. 1954: *Motivation and Personality*. New York: Harper.
- Maxmen, J.S. 1976: *The post-physician era. Medicin in the 21st century*. New York: Wiley.
- Menchel, E. 1980: *Utvärdering i relationsträning*. Stockholm: PA-rådet.
- Mintzberg, H. 1972: *The nature of managerial work*. New York: Harper & Row.
- Myrberg, M. et al 1974: *Företagsinitierad utbildning — ett fält för tvärvetenskaplig utbildningsforskning*. Rapport nr 41/1974. Uppsala: Pedagogiska institutionen, Uppsala universitet.
- NLV 1972: *Läkares efterutbildning — principiella riktlinjer*. Rapport 1979:2 från Efterutbildningsutredningen, Nämnden för Läkares Vidareutbildning. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Naveus, I. 1974: Den förändrade ledarrollen. I *Rohlin (red.) 1974*. Lund: Gleerups.
- Nordhaug, O. 1983: Klassificering av vuxenopplæringsutbytte. *Nordisk Tidskrift för voksenopplæring* 1983:2.
- 1983: Individuellt voksenopplæringsutbytte: Teoretiske modeller. *Nordisk Tidskrift for voksenopplæring* 1983:3.
- 1985: *Effekter av personalopplæring. Individ og organisation*. Trondheim: Norsk voksenpedagogisk institutt.
- Nyström, S. 1978. Hälsa, sjukdom, vård och sociala förhållanden. I *Berglund H et al 1978*. Lund: Liber Läromedel.
- Olsson, K-E et al 1981: "Modell Västernorrland" inget alternativ. *Landstingens Tidskrift* 1981:8.
- Personaladministrativ terminologi 1982. Definitioner och kommentarer*. Stockholm: Grafiska gruppen.
- Persson, G. & Wallroth, C. 1981: *Att utbilda arbetsledare — en utvärdering av två mo-*

- deller i tillämpning. Stockholm: Institutet för samhällsorganisation AB.
- Prop. 1962:122. *Regeringens proposition med förslag till ny sjukvårdslag.*
- Prop. 1981/82:97. *Regeringens proposition med förslag till ny hälso- och sjukvårdslag.*
- Rahm, H. 1967: *Sjukvårdslag och -kungörelse med kommentarer.* 3:e upplagan. Stockholm: Statens nämnd för förvaltningsrättsliga publikationer.
- 1975: *Sjukvårdslag och -kungörelse med kommentarer.* 6:e upplagan. Stockholm: Statens nämnd för förvaltningsrättsliga publikationer.
- Rhenman, E. 1966: *Centrallasarettet — är administrationen anpassad till situationens krav?* Rapport SIAR S:4. Stockholm: Stiftelsen Företagsadministrativ Forskning/Swedish Institute for Administrative Research.
- Riksrevisionsverket (RRV) 1975: *Effektiv statsförvaltning.* Stockholm: Riksrevisionsverket.
- Risholm, L. 1970: Vad vet sjukvårdens administratörer om sjukvård? *Läkartidningen* 1970:13, s. 1450—1452.
- Rohlin, L. (Ed) 1974: *Organisationsutveckling. Organisationsteori för förändring.* Lund: Gleerups.
- Rönning, W.M. 1985: *Arbetsmiljöoppläringen — lösning eller utveckling av resurser?* Trondheim: Norsk voksenpedagogisk institutt.
- Sandberg, Å. 1975: *En fråga om metod.* Stockholm: Prisma.
- Schein, E. 1968: *Organisationspsykologi.* Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Segerstedt, T. 1977: Utbildningssamhället och framtiden. *Skrifter rörande Uppsala universitet B 17. Acta Universitatis Upsaliensis.* Stockholm: Almqvist & Wiksell International.
- Siegel, S. 1956: *Nonparametric statistics for the behavioral sciences.* Tokyo: Mc Graw Hill Kogakusha Ltd.
- Silverman, D. 1981: *The theory of organizations.* Först publicerad 1970. London: Heinemann.
- Skolöverstyrelsen, 1978: *Vårdutbildningen.* Rapport. Stockholm: Skolöverstyrelsen.
- 1984: *Personalutbildning för skolväsendet.* Information om fortbildning och vidareutbildning 1985/86. Stockholm: Skolöverstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1976: Hälso- och sjukvård inför 80-talet HS 80, *Socialstyrelsen anser* 1976:1. Stockholm: Socialstyrelsen.
- 1979: Specialbilaga. *Socialnytt* 1979:1.
- 1982. Utvecklingslinjer inom hälso- och sjukvården — ett underlag för utbildningsplanering. *Socialstyrelsen redovisar* 1982:3. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 1948:14: *Den öppna läkarvården i riket.* Utredning och förslag av Medicinalstyrelsen.
- 1955:12: *Rationalisering av sjukhusdriften.* Statens sjukhusutredning av år 1943. Betänkande VIII.
- 1962:4: *Arbetsuppgifter och utbildning för viss sjukvårdspersonal.* Betänkande av utredningen ang. viss sjuksköterskornas och undersköterskornas arbetsuppgifter mm.
- 1970:22: *Pedagogisk utbildning och forskning.* Betänkande avgivet av pedagogikutredningen.
- 1971:24: *Vuxenpedagogisk forskning och utbildning.* Betänkande avgivet av pedagogikutredningen.
- 1976:3: *Rapport i psykosociala frågor.* Bilaga 2 till arbetsmiljöutredningens betänkande.
- 1976:61: *Statlig personalutbildning — ett principförslag.* Utredningen angående

- den statliga personalutbildningens fortsatta inriktning och organisation.
- 1977:66: *Patienten i sjukvården — kontakt och information*. Rapport från en expertgrupp inom Medicinalansvarskommittén.
 - 1977:92: *Utbildning i företag, kommuner och landsting*. Betänkande av utredningen om företagsutbildning.
 - 1978:41: *Statlig utbildning. Utbildning för administration och ledning*. Betänkande från utredningen om den statliga personalutbildningens fortsatta inriktning och organisation.
 - 1978:50: *Ny vårdutbildning*. Förslag från utredningen om översyn av vissa vårdutbildningar i högskolan. "Vård 77".
 - 1979:26: *Sjukvårdens inre organisation — en idépromemoria*. Betänkande av utredningen om sjukvårdens inre organisation.
 - 1979:78: *Mål och medel för hälso- och sjukvården. Förslag till ny hälso- och sjukvårdsrådslag*. Betänkande av hälso- och sjukvårdsutredningen.
 - 1981:2: *Ohälsa och vårdutnyttjande. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. HS 90*.
 - 1983:22: *Utbildning för arbetslivet*. Betänkande av kommittén för arbetsmarknadsutbildning och företagsutbildning (KAFU).
- Spri 1971: *Riktlinjer för hälso- och sjukvårdsplanering. Spri rapport 14/71*. Stockholm: Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut.
- 1982: *Självklart eller ... En vitbok från patienter och personal*. Stockholm: Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut.
 - 1983: *Vad vi tycker och anser*. Rapport. Stockholm: Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut.
- Sundström, J.C. 1969: *Läkaren och samhället. Verdandi debatt*. Lund: Prisma.
- Svensk Författningssamling 1864:77: *Kongl. Maj:ts Nådiga Kungörelse Angående Förändrade Instruktioner För Direktioner, Läkare och Sysslomän vid Länens Lasarett och Kurhus*.
- 1901:83: *Kongl. Maj:ts Nådiga Lasarettstadga*.
 - 1928:302: *Lag om vissa av landsting och kommuner drivna sjukhus*.
 - 1959:112: *Sjukhuslag*.
 - 1960:653: *Kungl. Maj:ts kungörelse med tillämpningsföreskrifter till lagen om behörighet att utöva läkaryrket*.
 - 1962:242: *Sjukvårdslag*.
 - 1970:703: *Kungl. Maj:ts kungörelse om kommunala undervisningssjukhus*.
 - 1972:665: *Lag om ändring av sjukvårdslagen (1962:242)*.
 - 1972:676: *Kungl. Maj:ts Sjukvårdskungörelse*.
 - 1976:580: *Lag om medbestämmande i arbetslivet*.
 - 1982:763: *Hälso- och sjukvårdslag*.
- Stake, R. 1967: The countenance of educational evaluation. I *Hamilton et al 1977*. London: MacMillan Education.
- 1972: Description versus analysis. I *Hamilton et al 1977*. London: MacMillan Education.
- Stensmo, C. 1979: Kollektivet Trollängen. En utvärdering på organisationsnivå. *Uppsala Studies in Education* 8. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Svalander, P.A. 1979: *Att förnya sjukvårdens organisation*. Lund: Liber Läromedel.
- Swedner, H. 1979: *Sociologisk metod*. Fjärde rev. upplagan. Lund: Liber läromedel.
- Svensk Sjuksköterskeförening, 1962: *Årsbok 1962*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening.
- Svenska Dagbladet*, 1984: Artikelserie om vård. 16/1, 18/1, 19/1.
- Söderström, M. 1979: Ledningsutveckling inom statsförvaltningen. Några organisa-

- tionsteoretiska och pedagogiska överväganden. *Pedagogisk forskning i Uppsala* 14.
- 1980: *Personalutbildning och personalutveckling*. 3:e omarbetade upplagan. Stockholm: Publica/Liber förlag.
 - 1981a: Ett organisationsteoretiskt perspektiv för analys av personalutveckling i arbetslivet. *Pedagogisk forskning i Uppsala* 27.
 - 1981b: Personalutveckling i arbetslivet och återkommande utbildning. *Uppsala Studies in Education* 17. Stockholm: Almqvist & Wiksell International.
 - 1983: *Organisationsteoretiska perspektiv. Ett beteendevetenskapligt resonemang om arbete, organisation och förändring*. Stockholm: Publica/Liber förlag.
- Targama, A. 1978: *Former för administrativt utvecklingsarbete*. Göteborg: BAS.
- TCO 1973: *Vuxenutbildning — återkommande utbildning*. Rapport med programförslag från TCO:s utbildningsnämnd. Stockholm: TCO.
- 1985: *Personalutbildning. Rapport om utbildning i arbetslivet*. Stockholm: Tjänstemännens Centralorganisation.
- Thompson, J.D. 1977: *Hur organisationer fungerar*. Stockholm: Prisma. (Amerikansk originalutgåva 1967).
- Wallin, E. et al, 1982: The relationship between educational research and organization theory. *Uppsala reports on Education* 15.
- Westerlund, G. & Strömberg, L. 1965: Measurement and appraisal of the performance of foremen. *British Journal of Industrial Relations* 1965:3.
- Westlander, G. 1976: *Arbete och livssituation*. Stockholm: PA-rådet.
- Westrin, C.G. 1977: Debattinlägg. *Socialmedicinsk Tidskrift* 1977:4.
- Wexley, K.N. & Latham, G.P. 1981. *Developing and training human resources in organizations*. Glenview, Ill. Scott, Foresman and Company.
- WHO 1958: *Constitution*. Geneva Annex: WHO.
- UHÄ, 1982: En förnyad läkarutbildning. Betänkande avgivet av UHÄ:s utredning för översyn av grundutbildningen av läkare. *UHÄ rapport 1982:16*. Stockholm: Universitets- och högskoleämvetet.
- Öste, M. & Berner, Ö. 1961: Intervjumetoder. I *Karlsson G (Ed) 1968*. Stockholm: Svenska Bokförlaget.

F A L

Frågor till FAL-arrangörerna (kursansvariga) inom resp FAL-område.

Jag utgår ifrån att Ni inlämnat alla uppgifter till FAL-sekretariatet om antal genomförda kurser, antal deltagare och kategorier, så att jag kan få statistik. Tacksam för svar på följande:

1. Vilken modell har Ni för Era kurser?

Den ursprungliga: Introd.  Int. 1  Int. 2  Int. 3
Hemarb. Hemarb. Hemarb.

☐ Ja ☐ Nej

Om nej, vill Du på baksidan av detta papper beskriva Er modell?

2. Har Ni förändrat kurserna under de gångna åren?

☐ Ja ☐ Nej

Om ja, försök ange när, hur och varför förändringen skett.

3. Görs det fortlöpande kursvärderingar? (Om föreläsare, ämnen etc)?

☐ Ja ☐ Nej

4. Om ja, har Ni gjort några sammanställningar/statistik av bedömningarna?

☐ Ja ☐ Nej

5. Om ja och de finns kvar, kan jag få ta del av dem?

☐ Ja ☐ Nej ☐ Finns inte kvar

6. Vem kan jag i så fall kontakta för erhållande av material samt ev fråga om så behövs?

(Namn och tel.nr).....
.....

7. Hur går information om FAL ut till målgruppen?

I samband med inbjudan? ☐ Ja ☐ Nej

8. Vilket material skickar Ni ut till de som är anmälda (före kursens början)?

9. Görs uppföljningar inom Ert FAL-område ang. effekter av utbildningen?

☐ Ja ☐ Nej

Kommentar:

10. Görs uppföljningar och vidareutbildning på hemmaplan genom lokala kurser för FAL-deltagare tillsammans med annan personal?

☐ Ja ☐ Nej

Om ja, vilka kan jag kontakta för att få vidare information om dessa kurser?

Tack för Din medverkan! Dina uppgifter är värdefulla för att ge mig möjlighet att göra en adekvat beskrivning av hur FAL-projektet utvecklats.

FAL-region

Inlämnat av

Bedömning av teoriavsnitten i FAL-kursen

lätt : __ : __ : __ : __ : __ : __ : __ : svår
 positiv : __ : __ : __ : __ : __ : __ : __ : negativ
 vilsam : __ : __ : __ : __ : __ : __ : __ : arbetsam
 värdefull : __ : __ : __ : __ : __ : __ : __ : värdelös
 jäktad : __ : __ : __ : __ : __ : __ : __ : Lugn
 dålig : __ : __ : __ : __ : __ : __ : __ : bra
 aktiv : __ : __ : __ : __ : __ : __ : __ : passiv
 mångsidig : __ : __ : __ : __ : __ : __ : __ : ensidig
 intressant : __ : __ : __ : __ : __ : __ : __ : ointressant
 oviktig : __ : __ : __ : __ : __ : __ : __ : viktig
 avspänd : __ : __ : __ : __ : __ : __ : __ : spänd
 dum : __ : __ : __ : __ : __ : __ : __ : klok

Bedömning av tillämpningsuppgift i FAL-kursen

lätt : __ : __ : __ : __ : __ : __ : __ : svår
 positiv : __ : __ : __ : __ : __ : __ : __ : negativ
 vilsam : __ : __ : __ : __ : __ : __ : __ : arbetsam
 värdefull : __ : __ : __ : __ : __ : __ : __ : värdelös
 jäktad : __ : __ : __ : __ : __ : __ : __ : lugn
 dålig : __ : __ : __ : __ : __ : __ : __ : bra
 aktiv : __ : __ : __ : __ : __ : __ : __ : passiv
 mångsidig : __ : __ : __ : __ : __ : __ : __ : ensidig
 intressant : __ : __ : __ : __ : __ : __ : __ : ointressant
 oviktig : __ : __ : __ : __ : __ : __ : __ : viktig
 avspänd : __ : __ : __ : __ : __ : __ : __ : spänd
 dum : __ : __ : __ : __ : __ : __ : __ : klok

Namn: _____
 (ej obligatoriskt)

FÖRDELAR med teoriavsnitten (internatkurserna)?

NACKDELAR med teoriavsnitten (internatkurserna)?

FÖRDELAR med hemarbetet (tillämpningsuppgiften)?

NACKDELAR med hemarbetet (tillämpningsuppgiften)?

Hade Du kontakt med kursledningen eller "resurspersoner" mellan resp efter internatkurserna för arbetet med hemuppgiften?

☐ Nej ☐ Ja Antal gånger _____

Medverkade anna personal på hemmaplan i tillämpningsuppgiften?

☐ Nej ☐ Ja Vem/vilka? (befattning, ej namn)

Vad anser Du om den tid som ägnades åt tillämpningsuppgifterna under internatkurserna?

☐ För lite tid ☐ För mycket tid ☐ Lagom tid

Vad anser Du om tillgång till tid för lösande av hemuppgiften mellan internaten?

☐ För lite tid ☐ För mycket tid ☐ Lagom tid

Hade Du nytta av internatveckornas innehåll och arbetsformer för lösande av hemarbetsuppgifterna?

☐ Ja ☐ Nej

Ange gärna övriga synpunkter på omstående sida.

INTERVJUGUIDE för intervju med deltagare i FAL-kurs

Klargör syftet med intervjun och hur redovisning avses ske.

Ta reda på IP ställning i organisationen och om ändring skett efter kurs

Nytta av FAL

Vad gav de olika avsnitten i kursen - resp ämnen

Ekonomi, organisation, planering - övrigt

Chefsrollen (talades mkt om - vad gav det?)

Har tillämpningsuppgiften slutförts. Genomfört?

Har förändringar genomförts i arbetet

Huru med samråd och information - inställning till MBL-frågor

Inställning till adm. uppgifter. Har intresset ökat?

Synpunkter på FAL-kursen så här efteråt? (Utvärd. gjordes i kursen, men vad tycker IP själv nu när man fått distans. Vad saknades, vad kan utgå etc)

Syn på kursens uppläggning. Internatformen resp tillämpningsuppgiften på hemmaplan

Om fler kurser - vad vill IP lära mer av

Denna kurs var det bara läkare i - hur skulle det vara med blandad grupp t ex administratörer, klinikförest, tillsammans med läkare

Bland målsättning önskades lära mer om adm. språket. Tror IP att han/hon efter FAL-kursen kan ge politikerna bättre underlag för beslut

Har IP deltagit i annan - fortsatt lokal utbildning efter FAL-kursen

Sist

Vad har FAL gett Dej personligen? Upplevs någon förändring (inställning, kunskaper, etc)

Följdfrågor: Hur - på vilket sätt? Vad innebär det? Vill Du förklara lite närmare. Varför? Vad beror det på? Etc.

Försök ta reda på om det blivit ökad effektivitet. Gör kliniken/motsv ett bättre jobb.

Uppsala 198 - -

Hej.

Här kommer den uppföljning med frågor angående FAL-kursen som jag nämnde i

Du ska få bedöma teoriavsnitten resp tillämpningsuppgifterna med hjälp av en rad beskrivande skalor. Avsikten är att få Din inställning till dessa som ett komplement till den utvärdering Ni gjorde i grupperna efter varje internatavsnitt. Ändamålet med bedömningarna är att kunna bedöma om kursen behöver ändras på något sätt.

När Du fyller i formuläret ska Du göra bedömningarna utifrån Din egen personliga inställning. Om Du tycker att teoriavsnitten resp tillämpningsuppgiften MYCKET NÄRA hör ihop med den ena polen av skalan, markera då i utrymmet närmast den polen. Tycker Du att det hör GANSKA NÄRA ihop med ena polen. markera då i andra utrymmet näst intill. Tycker Du att teoriavsnitten resp tillämpningsuppgiften ENDAST I NÅGON MÅN hör ihop med ena sidan av skalan, markera då i tredje utrymmet, nära mitten. Är det helt neutralt så sätt ett kryss mitt på linjen.

Sätt endast ett kryss på varje skala. Gör varje markering utan att tänka på hur Du tidigare markerat och fundera inte länge. Det är Ditt första omedelbara tyckande som ska avgöra markeringen. Försök att arbeta samtidigt noggrant och snabbt.

Av stort värde för undersökningen är också svar på de frågor jag ställt i bilaga 2 angående fördelar resp nackdelar med teoriavsnitten och hemarbetet och vad Du anser om tid för tillämpningsuppgiften.

Som Du vet är det av stor betydelse för undersökningsresultatet att alla besvarar frågorna, då bortfall medför minskade möjligheter att dra slutsatser. Som jag påpekade kommer alla svar att helt anonymiseras och redovisas endast i översiktliga sammanställningar.

Jag hoppas Du vill ta Dig tid att fylla i och återsända formulären före nyår. Bl a därför att det inte bör gå alltför lång tid från kursens avslutning till denna bedömning.

Tack för Din medverkan.

Med vänlig hälsning

Silva Sköld
Dragarbrunnsgatan 58,VI
75320 Uppsala

Tel 018-123542 bost, 162386 arb.

Hej!

Det har nu gått några månader sedan Du deltog i FAL-kursen. Intrycken har hunnit mogna och Du har haft möjlighet omsätta kunskaperna i praktiken och bedöma ev. nytta av utbildningen.

Jag kommer att söka kontakt med Dig och be om tid för samtal i syfte att försöka studera eventuella effekter och erfarenheter efter FAL. De frågor jag önskar belysta rör i huvudsak följande:

Nytta i arbetet av kunskaper/insikter från FAL-utbildningen
Hur det gick med tillämpningsuppgiften
Din syn på rollen som medicinsk ledare och chef
Din syn på administrativa uppgifterna, personalfrågor, arbetsmiljö och MBL
Har några förändringar skett - hos Dig själv eller i närmiljön på arbetsplatsen
Övriga synpunkter på utbildningen så här i efterhand.

Om möjligt vill jag försöka genomföra samtalen under senare delen av september och oktober. Om Du har svårt frigöra tid för mitt besök, kan vi i värsta fall samtala per telefon, t ex på tid då Du inte har patienter eller sammanträden men ändå är bunden av jour eller bakjour.

Tack för Din vänlighet att besvara enkäten efter kursen i vintras! Alla svarade. Jag är mycket glad för det. Det är min förhoppning att Du kan ta Dig tid för detta samtal och att Du vill ställa upp! Alla uppgifter behandlas givetvis med sekretess och redovisningen grupperas för att ge anonymitet åt svaren.

Med vänlig hälsning

Silva Sköld

PM angående läkarutbildningen.

Dagens läkarutbildning följer principiellt den utformning som den gavs i 1955 års stadga angående medicinska examina, vilket beslutades av riksdagen 1954. En viktig princip i denna reform var att läkarutbildningen inte skulle uppfattas som avslutad med grundutbildningen. Denna moderniserades, bl a infördes en rad nya ämnen, t ex socialmedicin och psykologi. Assistenttjänstgöringen samlades till en sista period i grundutbildningen. Vidareutbildningen av läkare inordnades dock inte formellt i läkarutbildningssystemet förrän 1969 (jfr SOU 1967:51).

1969 avkortades grundutbildningen, som leder fram till läkarexamen, till fem och ett halvt år. Efter denna ingår en handledd allmäntjänstgöring (AT) som alla läkare förutsätts genomgå efter avslutad grundutbildning. Tidigare assistenttjänstgöringar, som ingick i grundutbildningen, togs bort. Läkarutbildningen reglerades genom kungörelsen om utbildning vid medicinsk fakultet (SFS 1969:330). Enligt denna fanns för grundläggande utbildning vid medicinsk fakultet en utbildningsplan för medicine kandidatexamen och en för läkarexamen. Utbildningsplaner och studieplaner fastställdes av UKÄ. Genom högskolereformen 1977 ligger nu ansvaret för grundutbildningens närmare utformning på lokala beslutsorgan, linjenämnder. Fr o m 1 juli 1977 finns inrättad en allmän utbildningslinje benämnd läkarlinjen. Den tillhör sektorn för utbildning för vårdutbildning och omfattar 220 poäng.

Grundutbildningen för läkare, som f n omfattar fem och ett halvt år, avser att ge grunden för kommande verksamhet, dels som läkare, dels som forskarstuderande och forskare. Den avslutas med läkarexamen (220 poäng).

Vidareutbildningen avser den del av utbildningen, som följer efter medicine licentiatexamen/läkarexamen och som huvudsakligen under utövande av läkaryrket leder fram till läkarens slutliga verksamhet på skilda områden. Vidareutbildningen innehåller allmäntjänstgöring (AT) och fortsatt vidareutbildning (FV) för specialistkompetens. Efter fullgjord allmäntjänstgöring kan legitimation som läkare erhållas.

Efterutbildningen avser utbildning i form av systematiskt anordnade kurser och konferenser mm som följer efter vidareutbildningen och som syftar till att ge läkarna kunskaper om nya vetenskapliga landvinningar så att de kan bedriva sin läkarverksamhet i takt med den medicinska

utvecklingen. Någon organiserad form av efterutbildning existerar ännu inte i Sverige, men kursverksamhet för detta ändamål bedrivs av bl a specialistföreningar, läkemedelsföretag m fl.

Fortbildning är sådan utbildning som sker kontinuerligt för att den anställdes kunskaper och färdigheter ska vara aktuella för den befattning han/hon innehar. För läkare kan detta exemplifieras med demonstrationsverksamhet mm som före kommer vid sjukvårdsinrättningar och som kan betraktas som ett normalt led i sjukvårdsarbetet.

Denna skillnad mellan begreppen kan inte anses vara allmänt vedertagen. Begreppet efterutbildning förekommer inte utanför hälso- och sjukvårdssektorn. Den del av läkarnas fortbildning som är inriktad på det medicinskt-professionella ansvaret bör enligt utredningen för översyn av grundutbildningen av läkare (UHÄ 1982:16) benämnas efterutbildning. Också utbildningsbehov inom ramen för det medicinska ledningsansvaret kan delvis täckas av efterutbildning. NLV - nämnden för läkares vidareutbildning - har på försök genomfört några kurser med administrativ inriktning, men av prioriteringsskäl har sådan utbildning tills vidare inte inordnats i vidareutbildningen. Forskning och utveckling inom de olika medicinska specialiteterna ger ständigt nya kunskaper att föra ut och dessa prioriteras i första hand.

Läkarutbildningen, såväl grundutbildning som vidareutbildning är inriktad på den medicinska verksamhet som vederbörande ska ägna sig åt inom läkaryrket, i första hand diagnos och behandling. I ovannämnda betänkande med förslag om en förnyad läkarutbildning (UHÄ 1982:16) tar man upp frågan om utbildning i administration. Det påpekas att läkarens beslut, vad gäller diagnos och behandling, ofta har betydande ekonomiska följder. På läkaren ankommer också uppgifter för samordning och utveckling, som kräver kunskaper om ekonomi och planering, organisations- och personalutveckling samt effekterna av hälso- och sjukvårdens arbete. De områden av administration som täcktes in i läkarutbildningen 1982 handlar i huvudsak om hälso- och sjukvårdens organisation och verksamhetsformer samt lagstiftning inom sektorn, läkarens ansvarsområde (rättigheter och skyldigheter) samt övrig personals uppgifter. Vidare behandlas hälso- och sjukvårdens roll i samhället och till viss del de resurser som står till sektorns förfogande. Denna undervisning ges inom blocket socialmedicin. UHÄ föreslår i sitt betänkande i frågan att en "strimma" administration ska föras in i läkarutbildningen. Vid de medicinska fakulteterna i landet har detta kommit igång och det pågår en utveckling inom området.

I utbildningsplanen för läkarutbildningen ingår nu som delmål, att den studerande förvärvar sådana kunskaper om sjukvårdens ekonomi och organisation, som är av betydelse för alla läkare, samt utvecklar en yrkesfunktion som förbereder för lagarbete och samverkan med samtliga personalgrupper. Detta mål följs i utbildningsplanen upp genom direktiv för innehåll och uppläggning. Det sägs att utbildningen skall ge kunskaper om sjukvårdens mål och roll i samhället, om läkarens ansvar, skyldigheter och befogenheter samt om ekonomiska och organisatoriska konsekvenser av olika medicinska åtgärder.

"Läkarens beslut när det gäller diagnostik och behandling har ofta betydande ekonomiska följder. Besluten påverkar också direkt den övriga personalen. Det ankommer på läkaren att samordna och utveckla resurser och arbetsformer inom olika hälso- och sjukvårdsenheter. För dessa uppgifter måste läkaren ha kunskaper om ekonomi och planering, organisations- och personalutveckling samt effekterna av hälso- och sjukvårdens arbete." (UHÄ 1982, s.88).

"I tider, när hälso- och sjukvårdens resurser inte längre kan tillåtas öka i samma takt som hittills, är det än viktigare att alla läkare får förståelse för betydelsen av att hushålla med tillgängliga resurser. ... Mot denna bakgrund är det nödvändigt att förstärka de administrativa inslagen i läkarnas grundutbildning." (ibid. s.90).

Beräffande de kunskaper, som läkaren behöver för sina uppgifter vid avancemang till ledande ställning, anser utredningen att erforderlig utbildning i administration bör ombesörjas av arbetsgivaren/huvudmannen.

Uppgifterna om läkarutbildningen har inhämtats genom utredningen om läkares vidareutbildning (NLV rapport 1979) och rapport från utredningen för en förnyad läkarutbildning (UHÄ 1982:16) samt studieplan för läkarutbildningen.

Utöver den utbildning som sker enligt nämnda läroplaner genomförs olika kurser för läkare, bl a utbildning för handledning, administration mm. Riis et al (1982) redovisar exempelvis forskning kring ett pedagogiskt idéprojekt för allmänläkare, som utförts vid universitetet i Linköping. Vid medicinska fakulteten i Uppsala startar under höstterminen 1986 en administrativ kurs för läkare (klinikchefer m fl). Kursen är en motsvarighet till den utbildning i sjukvårdsadministration som bedrivs vid Nordiska Hälsovårdshögskolan. Inom skilda landstingsområden pågår utredning och planering för fortsatt administrativ utbildning efter FAL.

FÖRTBILDNING I

ADMINISTRATION FÖR LÄKARE

STRUKTURERING AV DET ADMINISTRATIVA ARBETET (EXEMPEL)

ARBETS- OCH DISKUSSIONSMATERIAL
FÖR DISKUSSION OM INRIKTNING AV FÖRTBILDNING

1	2	3	4	5	6	7	8
ADM NIVÅ	FÖRÄNDRINGS- KRAV	INTRESSENER	ADM ARBETETS KARAKTÄR (EXEMPEL)	ADM FRÅGESTÄLLNINGAR (EXEMPEL)	MÖJLIGA BIDRAG AV LÄKARE LÖPANDE, UTVECKLING	ÖNSKAT RESULTAT AV FÖRTBILDN INSATS	ANM
(1)	a) Anpassning och vidare- veckling av medicinska verksamhe- ten. "Med/teknolo- giskt system"	-patienten -medarbetare -landst förv förtroendeman	-löpande arbete med patienter under öli- ansvar med specia- listkunnska -samverkan med med- arbetare med spe- cialistkunnska -utvecklingsarbete	Förening -löpande patientarbete under god kontroll och effektivitet -utvecklingsarbete -ekonomiska resurser inom budget Områden: -ekon budget uppf -effektivitetskontr(1) -ekon bedömm proj -verks/prod plan -rat av med verks -utv av med teknol konsekvens f resurser (8)	NLV:s tänkta efterut- bildning för läkare Rekrutering av prof utan adm kunskap. Att göra en produktions- plan Personalpolitik Kraven Rationalisering Planen får conse- kvenser på olika sätt Hur göra för att minska belastningen med x %? Alla som har snuva? öppen vård - integrering i väntesystemet Dödligheten hos barn 1:a månaden är dubbelt så hög gå igenom steg för steg för att se vad som kan göras Praktiska problem med att ändra på rutinerna	1) Ett utvecklings- tänkande 2) Förändra rutiner etc 3) Presentera planer och ev åskanden	
K							
L							
I							
N							
I							
K							
E							
N							

1

PROBLEMANALYS - PLANERINGSUNDERLAG FÖR INRIKTNING AV FORTBILDNING

Målnråde I: EKONOMI OCH ANSKAFFNING AV UTRUSTNING	Arbetsuppgifter/aktiviteter	Engagemangsnivå (klinikkchefen)	Utbildningsnivå	Kommentarer
- Ekonomisk budgetering - uppföljning - redovisning	T ex budgettänkanden, prioritering inom budgetförslag, följa anslagsförbrukning	T ex upprätta budgetförslag och i övrigt aktivt medverka i budgetprocessen (minst nivå 2)		Se bl a debatt-PM utarbetat av Anders Bauer-Leif Anjou
- Effektivitetskontroll löpande verksamhet (för- och efterkalkyl)	T ex analysera kostnads- och prestationsutveckling, analys av prestationsutveckling i förhållande till klinikkens målsättning, resurser och behovsutveckling	T ex underlag f budgetförslag, kommentarer till års- och månadsrapporter, underlag för delprojekt som avser löpande förändringar i verksamheten (nivå 3)		
- Ekonomisk bedömning för projekt (K/I-analys, funktions- och värdeanalys)	T ex analys av kostnader, intäkter, huvudfunktioner och bifunktioner/kravspecifikationer med prioritering såsom beslutsunderlag för projekt	Medverkan i förändringsarbetet (t ex projekt) (nivå 2 och 3)		
- Inköp, utrustning, teknisk försörjning	T ex nyanskaffning, användning, underhåll, återanskaffning av utrustning (kravspecifikationer, analys av funktionsinnehåll, instruktioner för användning etc)	Medverka i anskaffnings- och underhållsprocessen (nivå 1, 2 eller 3 beroende på vilken utrustning som avses)		
UTBILDNINGSNIVÅER:				
ENGAGEMANGSNIVÅER:				
4 vara ansvarig men annan utför 3 själv utföra 2 stödja lämna synpunkter 1 vara informerad				
A Speciellt fördjupade kunskaper/färdigheter B Grundläggande kunskaper/färdigheter C Orientering i ämnet - känna till				

1976-11-29

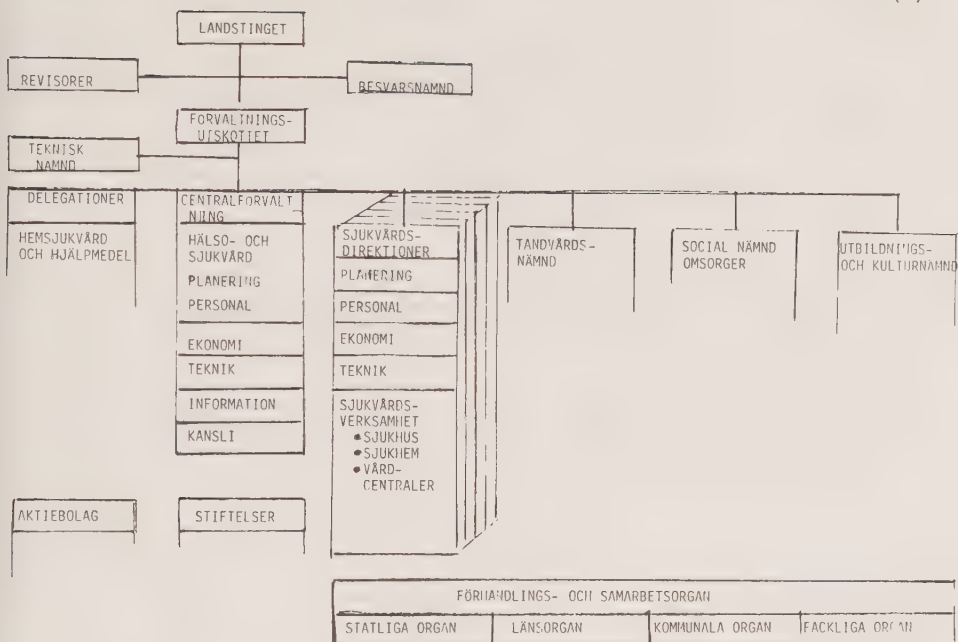
I N V E N T E R I N G

av vilka problemområden som deltagarna - individuellt och gruppvis - anser vara mest angelägna att ägna tid åt under FAL-projektets försöksutbildning.

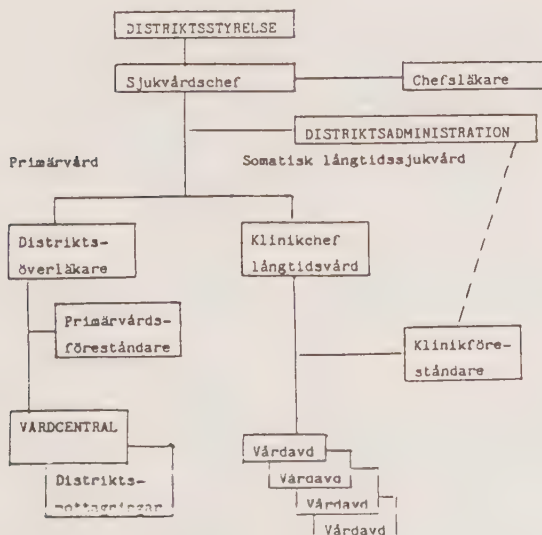
Gör nedan en bedömning av dina och gruppens

1. förkunskaper/erfarenheter
2. intresse/önskemål/prioriteringar mellan de olika områdena genom att FÖRDELA 100 POÄNG inom de BÅDA kolumnerna - egna och gruppens.

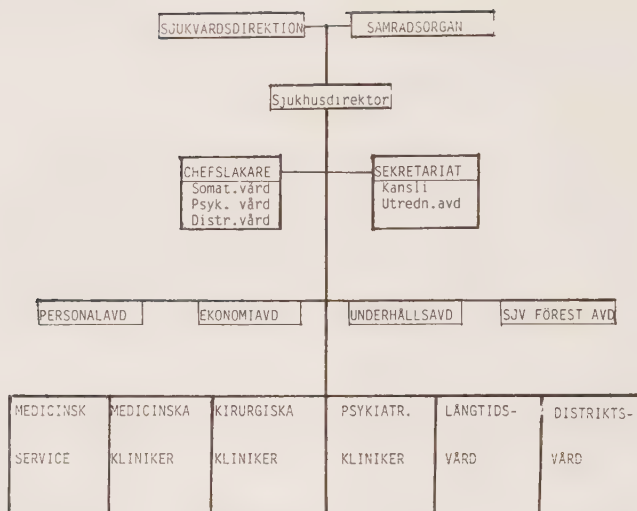
Problemområde		DINA EGNA		GRUPPENS	
		Förkunskaper/ erfarenheter	Intresse/ önskemål/ prioriteringar	Förkunskaper/ erfarenheter	Intresse/ önskemål/ prioriteringar
NIVÅ: KLINIKEN ELLER MOTSVA- RANDE	I Klinikplanering				
	II Personalutveckling och medbestämmande				
	III Administrativa system och rutiner inom kliniken				
	IV Etisk - administrativa frågeställningar				
	V Vakant område				
NIVÅ: DISTRIKT ELLER MOTSVA- RANDE	VI Anpassning och vidareutveckling av sjukvårdsdistriktets/sjukhusets <u>totala medicinska</u> resurser				
	VII Anpassning och vidareutveckling av sjukvårdsdistriktets/sjukhusets <u>totala personella</u> resurser				
	VIII Vakant område				
NIVÅ: LANDSTINGS- OMRÅDE REGION, RIKSNIVÅ (OMVÄRLDEN)	IX Effektivare budgetering o kontroll av kliniken utifrån landstingets totala driftverksamhet				
	X Sjukvårdsplanering och objektsplanering, ny- och ombyggnad				
	XI Vakant område				
		= 100 poäng	= 100 poäng	= 100 poäng	= 100 poäng



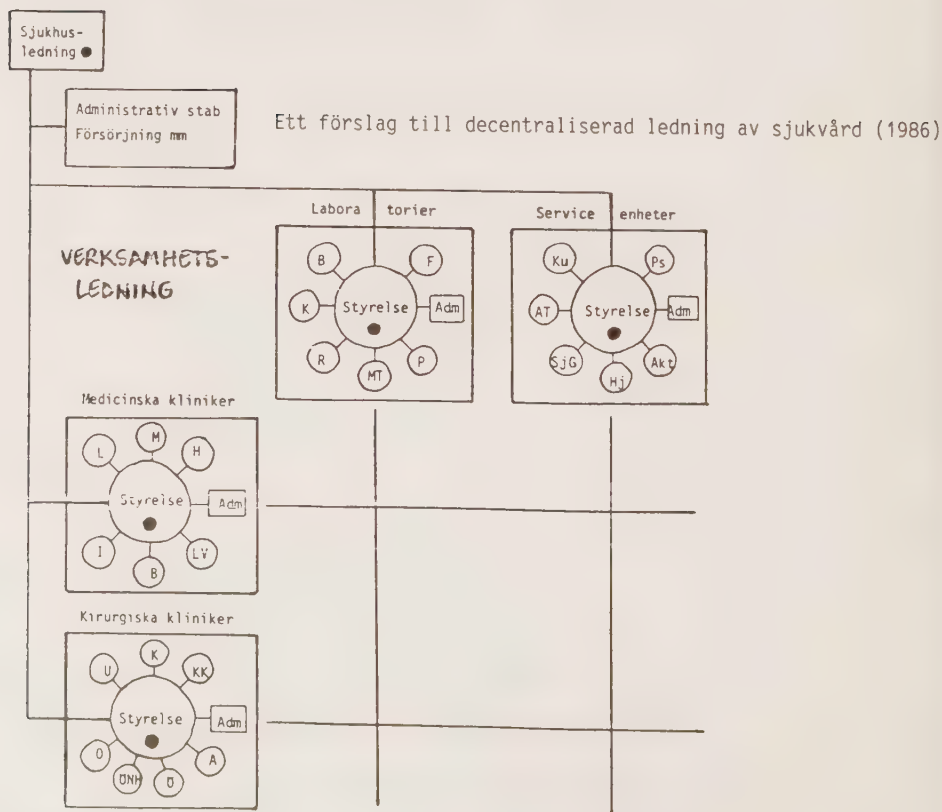
Exempel på ett landstings organisation avseende hälso- och sjukvård.



Exempel på organisation inom ett sjukvårdsdistrikt.



Exempel på en sjukvårdsförvaltnings organisation.



SEMINARIUM 1.

Tid	MÅNDAG	TISDAG	ONSDAG	TORSdag	FREDAG
08.30-12.00	10.30 Start Introduktion Presentation	Ekonomi	Arbetsrätt	Sjukhus- juridik	Introd. av tillämpn. uppgift
12.00-13.30	12.30-14.00 Lunch	Lunch	Lunch	Lunch	Lunch
13.30-17.00	14.00 Praktikfall	forts Ekonomi	forts Arbetsrätt	forts Sjukhus- juridik	forts Introd. av tillämpn. uppgift
17.00-18.30	Middag	Middag	Middag	Middag	Avslutning
18.30-21.00	Klinik/Vård- centralchefs- rollen	forts Ekonomi	Fri	Beslutsvä- garna inom landstinget	ca kl 15.00

SEMINARIUM 2.

08.30-12.00	10.30 Start 11.00 Grupp- teori	forts redo- visning av tillämpn. uppgifter	Chefsrollen i privata närings- livet	Ledarskap	Medicinsk effektivi- sering
12.00-13.30	Lunch	Lunch	Lunch	Lunch	Lunch
13.30-17.00	forts Grupp- teori 16.00 Redo- visning av tillämpn. uppgifter	Ekonomi	Datan i sjuk- vården	forts Ledar- skap	forts. Med.eff. Avslutning ca kl 15.00
17.00-18.00	Middag	Middag	Middag	Middag	
18.30-21.00	forts red. tillämpn. uppgifter	forts Ekonomi	Fri	forts Ledar- skap	

SEMINARIUM 3.

08.30-12.00	Start 10.30 Inledning 10.45 Själv på 90-talet	forts slut- redovisn.av tillämpn.	forts pers. planering	Intervju- & enkätteknik (Kroppsspråk)	Pressinform. -på läkarens villkor
12.00-13.30	Lunch	Lunch	Lunch	Lunch	Lunch
13.30-17.00	forts.... ..90-talet 15.30 Slut- redovisn.av tillämpn.	Personlig planering	forts pers. planering	Sjukvårds- organisa- tionen	Kursvärdering Avslutning ca kl 15.00
17.00-18.30	Middag	Middag	Middag	Middag	
18.30-21	forts... slutredov.	forts pers. planering	Fri	forts sjuk- organisation	

FÖRTECKNING ÖVER STUDIEMATERIAL I FAL-KURSENLitteratur:

- Aldén, J. et al 1980: FAL Debatt 3 - Klinikchefsrollen. Stockholm: Landstingsförbundet.
- Borgenhammar, E. et al 1979: Ekonomi och planering. FAL-Fortbildning i Administration för Läkare. Stockholm: Landstingsförbundet.
- Borgert, L. 1981: Läkaren och ledarskapet. Falun: Leif Borgert Konsultation HB (stencil).
- Fröberg, U.H. 1981: Om sekretess och tystnadsplikt inom sjukvården. Hova: Institutet för medicinsk rätt AB.
- 1982: Personalansvar inom hälso- och sjukvården. Andra upplagan. Hova: Institutet för medicinsk rätt AB.
- Ingestad, L. & Nilsson, K. 1982: Den nya Hälso- och Sjukvårdslagen - en informationsskrift. Hova: Institutet för medicinsk rätt AB
- Jonsson, E. & Hultin, H. 1979: Medicinsk effektivisering. FAL - Fortbildning i Administration för Läkare. Stockholm: Landstingsförbundet.
- Pousette, L. 1982: Framtiden i landstingen - informationsskrift, remissupplaga. Umeå: Västerbottens läns landsting.
- Landstingsförbundet, 1981: Arbetsrätt - En översikt av lagar och avtal som reglerar arbetsförhållanden i landstingen. Malm: Utbildningsproduktion AB.

Övrigt:

AC landsting - årsbudget 19XX.

- långtidsbudget 19xx - 19xx.
- bokslut och verksamhetsberättelse 19xx.

Kopior av diamaterial från föreläsningar:

- Arbetsrätt,
- Utvärdering av diagnostisk teknologi, mm
- Sjukvårdsorganisation - personalutveckling.

Praktikfall för smågruppsarbete:

- Den njursjuke patienten; etapp 1, etapp 2, etapp 3.
- Kostnadsreducering med 3 %.
- Teoretiskt exempel på sjukvårdsområde + utvecklingsalternativ 5 år.
- Den ihåliga kvadraten (inkl arbetsmaterial för analys av gruppens arbete).
- Skeppsbrottet.
- Div. material om sjukvårdsorganisationen och sjukvårdsplanering.
- Sjukvård i framtiden.

D:o för självständigt arbete ("läxa");

- Att leda - en självbedömning.

Förhandling: President Jimmy Carter och Camp David-förhandlingarna.

För självstudier - ej obligatoriskt:

- Dokumentation om FAL: FAL-Rapport, FAL-Debatt.

Vid FAL-kursen framlagd referenslitteratur:

- Andersson, Odin W. 1972: Health Care - Can There Be Equity? The United States, Sweden and England. University of Chicago. New York: John Wiley & Sons.
- Anthony, R.N. & Herzinger, T.E. 1980: Management control in nonprofit organizations. Georgetown Ontario: Richard Irwin Inc.
- Appelgren, Å. m fl. 1979: Sjukvård för Dig. Stockholm: Liber Förlag.
- Bergqvist, O. & Lunning, L. 1977: Medbestämmande i arbetslivet. Stockholm: Publica/Liber Förlag.
- Fuchs, V.R. 1974: Who shall live? Health Economics and Social Choice: New York: Basic Books Inc.
- Granberg, O. 1978: Personaladministration och organisationsutveckling. Stockholm: Natur & Kultur.
- Gullberg, H. m fl. 1978: Arbetsmiljölagen. Stockholm: Publica/Liber Förlag.
- Jönsson, B. 1977: Sjukvårdsekonomi. Sociala lönsamhetskalkyler inom hälso- och sjukvården. Stockholm: ÅWE/Gebbers.
- Landstingsförbundet, 1978: FAL Rapport 1 - försöksverksamheten 1977.
-- 1979: FAL Rapport 2 - enkät om utbildningsbehov.
-- 1979: FAL - Debatt 1.
-- 1980: FAL Rapport 3 - Effekter av FAL-utbildningen - en enkätundersökning.
-- 1980: FAL - Debatt 2.
-- 1980: FAL Rapport 4 - Seminarier för fackliga företrädare. Organisationernas syn på FAL - roll och former för samverkan.
-- 1980: FAL - Debatt 3.
- SOU 1979:78: Mål och medel för hälso- och sjukvården. Betänkande av Hälso- och sjukvårdsutredningen.
- Spri, 1978: Om jag som anhörig fick vara med om att säga till. Ett diskussionsunderlag. Stockholm: Spri.
-- 1979: Att vara patient. Stockholm: Spri.

SIGNIFIKANSPRÖVNING AV RESULTAT

med Fisher Exact Probability Test.

Redovisning av vissa utsagor efter uppdelning av resultaten mot bakgrund av kursdeltagarnas tidigare chefserfarenhet.

Nytta av utbildningen:

Fråga: Har läkare med chefserfarenhet 10 år och däröver mer nytta av FAL-utbildningen än läkare med kortare chefserfarenhet?

<u>Chefserfarenhet</u>	<u>Nytta av FAL-kursen</u>		
	<u>Ja</u>	<u>Nej</u>	
10 år och däröver	8	4	12
Under 10 år	11	2	13
	19	6	25

Slutsats: Skillnaden är ej signifikant på 5%-nivån.

Ekonomi:

Fråga: Har läkare med chefserfarenhet 10 år och däröver mer nytta av FAL-kursens undervisning i ekonomi än övriga?

<u>Chefserfarenhet</u>	<u>Nytta av ekonomikutb.</u>		
	<u>Nej</u>	<u>Ja</u>	
10 år och däröver	0	12	12
Under 10 år	3	10	13
	3	22	25

Slutsats: Skillnaden är ej signifikant på 5%-nivån.

Planering:

Fråga: Har läkare med chefserfarenhet 10 år och däröver mer nytta av kursens undervisning i planering än övriga?

<u>Chefserfarenhet</u>	<u>Nytta av plan.utb.</u>		
	<u>Nej</u>	<u>Ja</u>	
10 år och däröver	8	4	12
Under 10 år	10	3	13
	18	7	25

Slutsats: Skillnaden är ej signifikant på 5%-nivån.

Nytta av tillämpningsuppgiften:

Fråga: Har läkare med chefserfarenhet 10 år och däröver mer nytta av tillämpningsuppgiften i FAL-kursen än övriga?

<u>Chefserfarenhet</u>	<u>Nytta av tillämpn.uppg.</u>		
	<u>Ja</u>	<u>Nej</u>	
Under 10 år	9	4	13
10 år och däröver	9	3	12
	18	7	25

Slutsats: Skillnaden är ej signifikant på 5%-nivån.

Tillämpningsuppgiften - genomförd/fortsatt planering:

Fråga: Har läkare med chefserfarenhet i större utsträckning genomfört tillämpningsuppgiften i praktiken?

<u>Chefserfarenhet</u>	<u>Genomf./forts.plan.</u>		
	<u>Ja</u>	<u>Nej</u>	
Under 10 år	9	4	13
10 år och däröver	10	2	12
	19	6	25

Slutsats: Skillnaden är ej signifikant på 5%-nivån.

Attityder:

Fråga: Har FAL-kursen påverkat attityder i högre utsträckning hos läkare med chefserfarenhet 10 år och däröver än hos övriga?

<u>Chefserfarenhet</u>	<u>Attitydförändr.</u>		
	<u>Ja</u>	<u>Nej</u>	
Under 10 år	11	2	13
10 år och däröver	11	1	12
	22	3	25

Slutsats: Skillnaden är ej signifikant på 5%-nivån.

Chefsrollen:

Fråga: Har läkare med chefserfarenhet 10 år och därutöver mer nytta av FAL-kursens inslag om chefsrollen än läkare med kortare chefserfarenhet?

<u>Chefserfarenhet:</u>	<u>Nytta/chefsrollen</u>		
	<u>Ja</u>	<u>Nej</u>	
Under 10 år	9	4	13
10 år och däröver	11	1	12
	20	5	25

Slutsats: Skillnaden är ej signifikant på 5%-nivån

Resultaten uppdelade mot bakgrund av ställning i organisationen:

Gruppindelning: ÖL/BÖL/DL = överläkare (ej klinikchef)/Biträdande överläkare/Distriktsläkare. KC/DÖL/VCC=Klinikchef/Distriktsöverläkare/Vårdcentralchef.

Praktisk nytta av FAL-kursen.

Fråga: Har KC/DÖL/VCC mer praktisk nytta av FAL-kursen än ÖL/BÖL/DL?

<u>Org. ställning</u>	<u>Praktisk nytta</u>		
	<u>Ja</u>	<u>Nej</u>	
ÖL/BÖL/DL	9	5	14
KC/DÖL/VCC	10	1	11
	19	6	25

Slutsats: Skillnaden är ej signifikant på 5%-nivån.

Arbetsrätt, sjukhusjuridik.

Fråga: Har KC/DÖL/VCC mer nytta av undervisningen i arbetsrätt och sjukhusjuridik än ÖL/BÖL/DL?

<u>Org. ställning</u>	<u>Nytta av jur. utb.</u>		
	<u>Ja</u>	<u>Nej</u>	
ÖL/BÖL/DL	2	12	14
KC/DÖL/VCC	5	6	11
	7	18	25

Slutsats: Skillnaden är ej signifikant på 5%-nivån.

4 (4)

Fråga: Har gruppen ÖL/BÖL/DL mer nytta av tillämpningsuppgiften än KC/DÖL/VCC?

Org. ställning	Nytta av tillämpn.uppg.		
	Ja	Nej	
ÖL/BÖL/VCC	13	1	14
KC/DÖL/VCC	9	2	11
	22	3	25

Slutsats: Skillnaden ej signifikant på 5%-nivån.

Fråga: Har attitydförändring ägt rum i högre grad hos ÖL/BÖL/DL än hos gruppen KC/DÖL/VCC?

Org. ställning	Attitydförändring		
	Ja	Nej	
ÖL/BÖL/DL	13	1	14
KC/DÖL/VCC	9	2	11
	22	3	25

Slutsats: Skillnaden är ej signifikant på 5%-nivån.

PM med utdrag ur information och diskussionsmaterial angående utbildning i administration för läkare och om sjukvårdseffektivitet.

"I en alltmer komplicerad administration tror jag att läkarna upplever en ökande klyfta mellan sig själva och administratörerna samt politiker. Ökad information och förbättrade kunskaper måste till för att motverka denna utveckling." (Citat från Landstingsförbundet FAL-enkät 1975)

1982 gav Landstingsförbundet, Sveriges Läkarförbund, Socialstyrelsen och Spri gemensamt ut ett diskussionsunderlag: "Kontinuerlig utbildning i administration för läkare - behov och former". Syftet med rapporten är att konkretisera idén om en kontinuerlig administrativ utbildning för läkare. Den tar inte upp andra personalgruppers behov av motsvarande utbildning. Dock framhålls att den administrativa utbildningen för läkare inte får ses som en isolerad insats. Tvärtom bör den infogas i ett system av utbildningsinsatser och kontakter som syftar till att skapa en gemensam kunskapsbas och förbättrad kommunikation mellan olika personalgrupper i hälso- och sjukvården och mellan denna personal och politiker och administratörer.

I rapporten diskuteras bakgrund, ex hur ändrat synsätt på hälso- och sjukvård medfört krav på förändringar, samt behov av administrativ utbildning för läkare.

"När vi hävdar att alla läkare - inte bara de som har bestämda administrativa uppdrag, t ex som klinikchefer - i sin utbildning bör förvärva administrativa kunskaper, måste det samtidigt understrykas att avsikten inte är att utbilda läkarna till professionella administratörer. Men läkaren måste behärska de administrativa uppgifter som är intimt förknippade med hans eller hennes medicinska yrkesansvar och ledningsansvar. Administrationen kan i det här sammanhanget definieras som att organisera eget och andras arbete, samordna resurser och utveckla arbetsformer. Det rör sig, enkelt uttryckt, om att förvalta anförtrödda personella och materiella resurser på bästa sätt i vardagsadministrationen på klinik- eller vårdcentralsnivå." (s. 5)

Utbildningsinsatser av administrativt slag fördelas till tre nivåer:

1) Grundutbildningen för läkare ska ge teoretiska kunskaper inom ramen för socialmedicinsk kurs mm. Praktiska problem tas upp i de kliniska kurserna.

2) Underläkare AT (allmäntjänstgöring efter läkarexamen) ska ges systematisk arbetsplatsintroduktion genom att under handledning delta i klinikens administration, t ex vårdplanering, tjänstgöringsschema, samt delta i fortbildningsprogram för kliniken.

Underläkare FV (specialistutbildning) ska utöver systematisk arbetsplatsintroduktion kunna delta i administration, t ex budgetuppföljning och personalutveckling. I detta skede bör ingå en kurs med tillämpningsarbete.

3) För vidareutbildade läkare (överläkare, distriktsläkare m fl) kan administrativa inslag i arbetet vara medicinsk utvärdering och effektivisering, utarbete underlag för budgetplan och verksamhetsplan, personalutveckling m m. I detta skede bör läkaren genomgå FAL-kurs.

Läkare med särskilt administrativt ansvar (klinikchef, vårdcentralchef m fl) kan exempelvis ha administrativa uppgifter som verksamhetsledning och verksamhetsuppföljning, MBL-förhandlingar, Anskaffning av utrustning etc. De bör för sitt chefsarbete få genomgå ett introduktionsprogram för chefsfunktionen samt delta i landstingets chefsutbildningar.

Landstingsförbundet utgav 1983 en broschyr "Sjukvårdseffektivitet", vari informeras om vad som hänt och vad som håller på att hända kring några prioriterade utbildningsinsatser för läkare, administratörer och politiker. Här sägs att

- "Sjukvårdseffektivitet förutsätter att
- läkarnarna är administrativt utbildade
 - administratörerna är orienterade om sjukvårdens verksamhet och villkor
 - nya samspelsformer utvecklas mellan politiker, administratörer och läkare för ökad dialog kring prioriterings- och omprövningsfrågor.

I broschyren informeras om FAL och syftet med denna utbildning samt synen på en administrativ "strimma", som beskrivits ovan. Det framhålls att landstingen bör fortsätta sin regionala samverkan kring administrativa utbildningar för läkare. Landstingsförbundet påpekar också att administratörerna behöver fördjupade insikter om sjukvårdens villkor och arbetsformer.

"Men det räcker inte att läkarna får ökade kunskaper och insikter i administration. För att skapa ett bättre arbetsklimat mellan läkare och administratörer - få en ömsesidig förståelse för varandras arbete - måste även administratörerna ha insikter och kunskaper om vårdens villkor och förutsättningar. (s.5)

Landstingsförbundet startade utbildningen "Orientering för administratörer om sjukvårdens verksamhet och villkor (OAS)" i samarbete med ett landsting. Försöksverksamheten formade en utbildningsmodell som landstingen kunde ta över och genomföra själva. Deltagare i dessa kurser är chefer

på avdelnings- och sektionsnivå från funktionsområdena ekonomi/budget, personaltjänst, inköp/utrustning, drift/planering samt handläggare som förser politiker med utredningsunderlag kring olika sjukvårdsfrågor. Denna utbildning omfattar 10 dagar fördelade på tre internat (3+5+2½ dagar) under ett halvår. Mellan internaten arbetar deltagarna med tillämpningsuppgifter.

I ovannämnda broschyr informeras också om att seminarier genomförs för att förbättra samspelet mellan sjukvårdspolitiker, administratörer och läkare.

"Beslutsfattandet inom hälso- och sjukvården kompliceras ofta av att politiker, administratörer och medicinska chefer har "olika språk". De är också ovana att se problem och frågeställningar utifrån varandras perspektiv och värderingar. Och för att få insikter om varandras miljö och vardagsvillkor behöver de tre grupperna föra en dialog, d v s samtal kring gemensamma problem i en situation som inte innebär beslutsfattande, förhandling eller behandling av ett enskilt ärende." (s.6)

3-dagars seminarier om medicinsk effektivitet, "ME-seminarier", har aktualitet. Dessa syftar till att träna deltagarna att diskutera omprövningar och prioritering inom hälso- och sjukvården samt utvärdering av medicinsk teknologi. De riktar sig till politiker, ledande administratörer och läkare, som i kraft av sina roller och funktioner påverkar beslut och ställningstaganden inom sjukvårdsorganisationen. För att en gemensam syn på medicinsk utveckling, ekonomi och etik ska uppnås, betonas behovet av samspel mellan företrädarna för dessa tre grupper. Den totala målgruppen uppskattas till cirka 1 500 deltagare.

Andra utbildningsaktiviteter pågår som också syftar till ökad sjukvårdseffektivitet. Av dessa kan nämnas:

- Att utveckla primärvårdens ledningsfunktion,
- Fortbildning i administration för klinikföreståndare (FAK),
- Utveckling av klinikens och vårdcentralens ledning,
- Arbetslagsutveckling.

Landstingsförbundet påpekar att det är många utbildningar som har samma syfte - att utveckla medicinsk effektivitet - och de hänger samman som bitar i ett pussel. De ska ses som samverkande delar i en systematisk plan för utveckling av hälso- och sjukvården.

För närmare information om nämnda utbildningar kan kontaktas någon personal- eller utbildningsansvarig inom landstingen. Information lämnas också av Landstingsförbundet, Personalpolitiska avdelningen, Fortbildningssektionen. Adressen är Box 6606, 11384 Stockholm. Tel. 08/236560.

1. *Inga Elgqvist-Saltzman* 1976: Vägen genom universitetet. En forskningsöversikt och en empirisk analys av några studievägar inom filosofisk fakultet i Umeå 1968—1975.
2. *Sverker Lindblad* 1976: Simulering i undervisning. En kritisk granskning av artificiell praktik i allmänutbildning.
3. *Urban Dahllöf* 1977: Reforming Higher Education and External Studies in Sweden and Australia.
4. *Leif Isberg* 1978: Arbetsuppgifter, krav och utbildning. En studie rörande domarproblematiken inom lagspelet fotboll.
5. *Mats Myrberg* 1978: Towards an Ergonomic Theory of Text Design and Composition.
6. *Henry Werlinder* 1978: Psychopathy: A History of the Concepts. Analysis of the Origin and Development of a Family of Concepts in Psychopathology.
7. *Håkan Jenner* 1979: Mål och verklighet i ett terapeutiskt samhälle. En process- och effektstudie av en behandlingsinstitution för drogmissbrukare.
8. *Christer Stensmo* 1979: Kollektivet Trollängen. En utvärdering på organisationsnivå.
9. *Lars Ryhammar* 1979: Barn och trafikundervisning. En undersökning i grundskolans årskurser 3—6.
10. *Agnes Nobel* 1979: Boken i skolan. En analys med särskild inriktning på bibliotekets funktion i grundskolan.
11. *Annika Andræ* 1980: Grundskola i glesbygd. Försöksverksamhet med årskurslöst högstadium.
12. *Britta Ericson* 1980: Lässvårigheter och emotionell störning.
13. *Karl-Georg Ahlström & Maud Jonsson* 1980: Flexible Grouping of Pupils and Teamwork between Teachers.
14. *Ola Westin* 1981: On Political Socialization and Education: Investigations into an Argumentation for a Good Political Belief System.
15. *Gunnar Berg* 1981: Skolan som organisation. En analys av skolans organisatoriska struktur i ett förändringsperspektiv.
16. *Birgitta Willén* 1981: Distance Education at Swedish Universities. An Evaluation of the Experimental Programme and a Follow-up Study.
17. *Magnus Söderström* 1981: Personalutveckling i arbetslivet och återkommande utbildning. Några problem och utvecklingsmöjligheter.
18. *Lars Holmstrand* 1982: English in the Elementary School: Theoretical and Empirical Aspects of the Early Teaching of English as a Foreign Language.
19. *Laine Strömberg Sölveborn* 1983: Doktoranders studiesituation. En undersökning vid samhällsvetenskapliga fakulteten, Uppsala universitet.
20. *Max Scharnberg* 1984: The Myth of Paradigm-shift, or How to Lie with Methodology.
21. *Margareta Björndahl* 1984: Klassföreständares inställning till daglig elevvård. En analys av uppfattningar och pedagogiskt handlande i sexton högstadielklasser.
22. *Bert Stålhammar* 1984: Rektorsfunktionen i grundskolan. Vision — verklighet.
23. *Gunnar Richardsson, Paul Lönnström & Staffan Smedberg* 1984: Utbildningshistorisk forskning. Problem, källmaterial, metodik.
24. *Ulla Holm* 1985: Empati i läkar-patientrelationen. En teoretisk och empirisk analys.
25. *Tomas Englund* 1986: Curriculum as a Political Problem.
26. *Silva Sköld* 1987: FAL — Fortbildning i Administration för Läkare. Studie av ett personalutvecklingsprojekt.